



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O BURNOUT NOS MÉDICOS-DENTISTAS

Trabalho submetido por

Cynthia Paiva dos Santos

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

junho de 2019



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O BURNOUT NOS MÉDICOS-DENTISTAS

Trabalho submetido por

Cynthia Paiva dos Santos

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

Doutora Júlia Maria Guilherme Ribeiro Antunes

junho de 2019

Dedicatória

... Os homens que perdem a saúde para juntar dinheiro e depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde, por pensarem ansiosamente no Futuro, esquecem o presente, de tal forma que acabam por nem viver no presente nem no Futuro, vivem como se nunca fossem morrer e morrem como se nunca tivessem vivido ...

Buda

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus e aos meus familiares, pois foram essenciais para o meu percurso acadêmico, bem como para a elaboração do presente trabalho. A conclusão desta etapa tornou-se possível pelo envolvimento e motivação que me dedicaram, contribuindo para a sua realização.

Agradeço a todos os que me acompanharam no percurso acadêmico, contribuindo para uma maior reflexão e interesse pelo tema a que me propus, tornando-o possível. Em particular, gostaria de agradecer à Professora Orientadora Júlia Maria Antunes, pela orientação disponibilizada, apoio e confiança, experiência transmitida, possibilitando e facilitando esta etapa final.

Resumo

O Burnout é hoje reconhecidamente um problema de saúde, recentemente classificado na CID da Organização Mundial da Saúde (OMS). Este trabalho tem o objetivo de dar conhecimento dos mais frequentes desenvolvimentos deste tema bem como sublinhar as estratégias acerca de avaliação e controlo, com base na revisão bibliográfica e analisando referências de artigos científicos de acordo com o tema escolhido *O Burnout nos Médicos-Dentistas*.

Esta síndrome tem sido objeto de ampla divulgação na atualidade. O seu diagnóstico vem ocasionando o afastamento de muitos profissionais do ambiente de trabalho, com diversos impactos negativos na sua saúde física e mental, para além da influência que exerce nas suas vidas pessoais.

É indispensável o estabelecimento de estratégias de diagnóstico, prevenção e controlo para que a síndrome não se desenvolva ou agrave, visando o bem-estar geral dos profissionais.

Palavras chave: Síndrome-Burnout, profissionais de saúde, médico-dentista, stress ocupacional

Abstract

Burnout is now recognized as a health problem, recently classified in the ICD of the World Health Organization (WHO). This work has the objective of informing about the most frequent developments of this subject as well as to emphasize the strategies about evaluation and control, based on the bibliographical review and analyzing references of scientific articles according to the chosen theme The Burnout in the Doctors-Dentists.

This syndrome has been widely publicized today. Their diagnosis has led to the removal of many professionals from the work environment, with several negative impacts on their physical and mental health, in addition to the influence they have on their personal lives.

It is indispensable to establish strategies for diagnosis, prevention and control so that the syndrome does not develop or worsen, aiming at the general well-being of professionals

Key words: Burnout syndrome, health professionals, medical dentist, occupational stress

Índice Geral

Resumo.....	1
Índice de Figuras	7
Lista de Siglas.....	9
I. Introdução.....	11
II. Desenvolvimento	15
1. Caracterização da Profissão em Portugal.....	15
2. Stress.....	19
2.1 Evolução do conceito de Stress.....	23
3. Burnout	27
3.1. Conceptualização Síndrome de Burnout	27
3.2. Indutores de Burnout.....	29
3.3. Sintomas/prevenção do Burnout	30
3.3. Estratégias individuais	33
3.3. Consequências do Burnout.....	35
3.4. Avaliação MBI – Burnout.....	38
3.4. Diferença entre Stress e Burnout.....	40
3.5. Intervenção no Burnout.....	43
III. Conclusão	47
IV. Bibliografia.....	49
V. Anexo.....	

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução de profissionais inscritos OMD (Fonte:OMD, 2018)	17
Figura 2. Evolução do número de profissionais inativos (Fonte:OMD, 2018)	18
Figura 3. Rácio população por medico dentista território português (Fonte: OMD, 2018)	18
Figura 4. Índice de profissionais com Burnout, por setores de indústria (%).	22
Figura 5. Profissionais com Burnout, por horas de trabalho e idade, 2001-2002	23

Lista de Siglas

CID - Classificação Internacional de Doenças

DP - Despersonalização

EE - Exaustão Emocional

MBI - Inventário de *Burnout* de Maslach

MBI-HSS - Inventário de *Burnout* de Maslach – Questionário de Serviços Humanos

MBI-SS - Inventário de Burnout de Maslach – versão estudantes

OMD - Ordem dos Médicos Dentistas

OMS - Organização Mundial de Saúde

I. Introdução

Atualmente, com a globalização e o consequente aumento da competitividade no setor da saúde, o intenso envolvimento dos profissionais no desempenho das suas funções acaba por tornar muitas vezes repetitivo e desgastante o seu trabalho diário, sobretudo para aqueles que dedicam à profissão horários demasiadamente extensos, que exigem um grau de dedicação excessivo, capaz de prejudicar-lhes a saúde.

Entendido, no entanto, que trabalhar se apresenta como a forma que o indivíduo possui de auferir rendimentos, não se poderá negar o impacto que essa relação tem no quotidiano e no bem-estar do profissional, podendo gerar um impacto negativo na sua vida.

Várias são, portanto, as intercorrências com que o profissional se depara ao longo do seu período de vida laboral, o excesso de carga horária, que acaba por desencadear um impacto com efeitos nocivos na capacidade física e mental.

Este ritmo de trabalho, desgastante e excessivo, já foi observado no início da Revolução Industrial, quando a jornada semanal variava de 60 a 80 horas. Apesar de já não se observarem jornadas de trabalho dessa ordem, outros fatores, sobretudo da globalização, provocam aumento da competitividade, ânsia por melhores condições de vida, bem como o excessivo consumismo de bens. Tudo isso impulsiona os indivíduos a colocarem-se em situações de trabalho desmesurado. Levadas ao extremo tais situações, existem mesmo indivíduos que, submetidos ao excesso de horas de trabalho associadas ao ritmo e à intensidade da atividade que desempenham, podem mesmo morrer. Observe-se o exemplo relatado do *karoshi*, fenómeno ocorrido no Japão na década de 1970, que levava à morte ou à incapacidade permanente provocada por doenças, patologias cerebrais ou cardíacas, consequentes do excesso de trabalho (Iwasaki et al, 2006; Landsbergis, 2004).

Atualmente o mercado profissional, especialmente na área da saúde, exige profissionais capazes de se adaptarem a diversos ambientes com elevadas exigências, o que pode provocar impacto grave na saúde do indivíduo, como é o caso de distúrbios físicos e mentais. Atingem-se ainda níveis elevados de stress, o que irá resultar na diminuição da capacidade de desempenho das atividades, prejudicando a execução das suas funções (Nascimento, 2010).

Contextos semelhantes poderão ainda causar tensão, pânico e ansiedade nos profissionais de distintas áreas profissionais (Lima & Farias, 2005), dadas as exigências imputadas por uma

realidade que poderá não assegurar as necessidades biológicas e de bem-estar social de que o indivíduo necessita (Balogun, Helgemoe, Pelegrine, & Hoeberlein, 1995).

Algumas teorias desenvolvidas visam à compreensão desses constrangimentos. No caso da teoria transacional, destaca-se a interação de variáveis de modo a que os liderados se responsabilizam, tendo em conta, o gosto pela sua tarefa e desempenho pela mesma, não causando stress e consequentemente não terem impacto na sua saúde. Nos anos 70, o modelo de Cooper e Mashall refere que, tanto para o indivíduo como para o trabalhador, a condição laboral tem impacto e pode causar alterações e distúrbios na saúde, identificando algumas categorias no local de trabalho:

- rotina
- ambiguidade do papel do trabalhador
- funções específicas a desempenhar
- relações conflituosas interpessoais
- estrutura e a qualidade do clima organizacional

Assim, diferentes estudos demonstraram que existem várias variáveis no que respeita à Síndrome de Burnout (Cooper e Marshall, 1976; Lazarus & Folkman, 1986; Finney et al, 2013; Diaz et al, 2013).

No decorrer das últimas décadas tem sido possível uma evolução exponencial em áreas como a da saúde, o que acrescenta aos profissionais uma redobrada responsabilidade. No entanto, as condições que possibilitam o crescimento e reforço desse tipo de trabalho estão aquém da exigência que lhe é imputada, o que acaba por levar, muitas vezes, à exaustão dos profissionais. Uma das situações que se destaca nos indicadores são os casos, cada vez mais regulares, de profissionais que, devido a esses fatores, apresentam elevados níveis de *stress* ou desencadeiam o Síndrome de Burnout (SB) (Vasconcellos, 2002).

Através de Freudenberg (1974), foi descodificado e apresentado o Burnout, referido como uma síndrome posteriormente definida por Maslach & Jackson (1986), conceito ainda de referência, como um processo sequencial, tratando-se de uma síndrome multifatorial constituída por exaustão emocional, de desgaste, desumanização ou despersonalização e falta de motivação/estímulo no trabalho, o que resulta em sentimentos negativos de inadequação e fracasso. De outra forma esta síndrome constituiu um estado de exaustão quer física, quer

emocional e mental, potenciada por momentos inadequados, como anteriormente foi referido (Maslach & Schaufeli, 1993; Ortega Ruíz & López Ríos, 2004).

Este termo “Burnout” conduz-nos a uma doença profissional, que poderá levar os indivíduos a fases de exaustão profissional, de despersonalização, bem como a sentimentos de incapacidade (Delbrouck, M., 2006).

É considerada por vários autores como “*stress ocupacional e institucional*”, podendo, segundo refere Pereira (2002), adotar a designação de stress dada a sua interferência direta na vida do indivíduo, que poderá proliferar por condutas menos positivas com os clientes, colegas, usuários dos serviços em questão.

Desta maneira a exigência espectável na atuação de profissionais da área da saúde, e especificamente da especialidade medicina dentária, configura um quadro de stress ocupacional, capaz de desencadear a Síndrome de Burnout, dada a obrigação de diariamente haver uma exposição permanente com dor, irritabilidade e reatividade do paciente. Estes profissionais da área da saúde possuem ainda um outro constrangimento, considerado um grupo de risco, no que respeita ao desenvolvimento desta síndrome, visto a sua relação diária com pacientes em tempo reduzido, bem como o exercício dos seus atos médicos em espaços físicos pequenos, elevado índice de competitividade profissional, necessidade de atualização tanto de procedimentos como de materiais, colocando estes profissionais em constantes situações de stress (Drutman, 2001).

Segundo estudo demonstrou-se que o perfil de um profissional de medicina dentária com Síndrome de Burnout provavelmente é, Homem solteiro, idade média de 27 anos, durante os primeiros anos de trabalho, que combina estudos com 30 horas de prática clínica (Escoda C., 2008).

Esta síndrome é frequentemente associada a padrões profissionais em que os indivíduos convivem com situações inter-relacionais exigentes, como é o caso de médicos, psicólogos, assistentes sociais, professores, assistentes de balcão em serviços públicos, enfermeiros, telemarketing, bombeiros, etc. Em consequência das exigências transversais em diversas faixas profissionais, a síndrome é identificada nos profissionais que interagem regularmente com outros indivíduos, que no seu quotidiano necessitam cuidar ou resolver problemas de outras pessoas, muitas das vezes com bastante imprevisibilidade, obedecendo a elevadas exigências técnicas, com limitação cronológica, inseridas em organizações de trabalho, submetidos muitas vezes a relações tóxicas interpessoais e deficitárias, além de sujeitos muitas vezes a avaliações de desempenho (Carlotto et al., 2006).

Nesta realidade o profissional com sinais de Síndrome de Burnout desmotiva-se face às suas funções, afastando-se do envolvimento inicial por exaustão, identificando como inútil qualquer esforço que seja acrescentado à sua dinâmica de trabalho.

Segundo Rada (2004), no que confere às exigências da profissão dos médicos-dentistas, estes consideram o exercício da sua profissão como uma das mais stressantes. Este reconhecimento foi comprovado num estudo realizado com uma amostra de 3.500 profissionais, que revelou estarem 38% das vezes nervosos ou ansiosos, 34% referem sensação frequente de fraqueza física ou exaustão psicológica; 26% desses profissionais referem ainda fortes dores de cabeça e na coluna.

Desta forma é possível verificar que os efeitos do stress em contexto laboral de forma continuada e excessiva tornam deficitária a saúde desses profissionais, sendo que a forma que existe de reagir a esse stress passa pela adaptação do indivíduo através do investimento de recursos, estratégias de *coping*, estratégias estas que, uma vez adotadas, podem ter um impacto positivo para a manutenção ou recuperação da qualidade de vida (Santos, 2011).

A motivação pela seleção desta temática revelou-se pertinente dada a reduzida informação existente e estudos semelhantes, sobretudo no que se refere ao impacto que tal síndrome pode ter na vida do indivíduo, além da reduzida abordagem e sensibilidade para o fenómeno existente.

O presente trabalho encontra-se, ao nível estrutural, dividido em três partes. Na primeira apresentamos a introdução ao tema. No segundo e terceiro capítulos, pretende-se aprofundar os conceitos do Stress e Síndrome de Burnout. Primeiramente numa vertente mais generalista, abordando aspetos conceptuais desta e estratégias de avaliação, intervenção/tratamento. Posteriormente abordando o Burnout em função da sua definição, da sua natureza multidimensional, sintomas, causas e repercussões, as estratégias de intervenção e tratamento. Nos anexos, pretende-se aprofundar a revisão bibliográfica através de pesquisa de artigos científicos, de forma a realizar uma análise mais aprofundada acerca do tema, com principal evidência e especificidade do Burnout junto dos profissionais na área da saúde. O presente trabalho termina com uma reflexão em modo conclusivo.

II. Desenvolvimento

1. Caracterização da Profissão em Portugal

Em Portugal a medicina dentária foi desde a sua génese exercida por profissionais de classes distintas que ao longo da história investiram na valorização profissional, contribuindo e potenciando a evolução científica e o reconhecimento social.

- Entre os séculos XII, XIII e XIV deu-se a evolução do reconhecimento dos profissionais que exerciam a prática de Odontologia no nosso país, iniciando-se a partir da fundação da denominada “arte dentária”. Os indivíduos com maiores competências podiam extrair dentes e eram chamados de Dentistas, indo ao encontro de uma corrente de origem francesa, onde surgiu a denominação Dentista (Chauliac, 1363).
- Até o Século XIX, a Odontologia era praticada na sua maioria por indivíduos referenciados como arrancadores de dentes, barbeiros, cirurgiões e dentistas. Esta abrangência permitiu que artistas ambulantes e outros curiosos pusessem em prática algumas habilidades (Carvalho, 1938).
- No Século XX, o progresso era a este ponto significativo e em 1895, pelas mãos do professor da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa Doutor Sousa Martins, que referia alguns constrangimentos, relatando que, para além dos médicos que se dedicavam à especialidade de Estomatologia e os raros Dentistas que aprenderam em Escolas Estrangeiras, não existia no nosso país profissionais com competências para executarem o que as responsabilidades dessa função exigem (Fernandes, 1906).
- Em 1911 é criada a Especialidade de Estomatologia, consignada pela lei e pelo Artigo 2º do Decreto da Direção Geral da Instrução Secundária, Superior e Especial, de 25 de maio de 1911 e publicado em Diário do Governo nº 122 de 26 de maio de 1911.
- Existe desde 1986 um Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.
- Aos dias de hoje compete o aperfeiçoamento e aquisição prática das Competências Profissionais Adquiridas. Em domínio profissionalizante os indivíduos atuam e são responsáveis pelos atos clínicos que desempenham, neste caso a Medicina Dentária,

e quem melhores competências apresenta da aquisição académica reúne o potencial desejado para o fazer, não descurando o aperfeiçoamento e a insistente e continuada atualização.

- Atualmente a prática da Medicina Dentária é de caraterística clínica, concertada e multidisciplinar, com grau de exigência elevada
- Integrada nas Escolas de Medicina Dentária nas respetivas Universidades, forma um elevado número de profissionais de Saúde Oral de acordo com as necessidades de cobertura do continente e arquipélagos
- Serviços de Estomatologia são relacionados com a prestação de cuidados diferenciados no âmbito médico e cirúrgico. Existem outras denominações profissionais que podem completar a equipa de saúde oral, como é o caso do higienista, a assistente dentária e o técnico superior de prótese dentária

Segundo dados atualizados da OMS, em Portugal no ano de 2018 foi alcançado um rácio de um médico dentista por 1.033 habitantes, cerca do dobro da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que identifica a necessidade de 1 Médico-Dentista por 2.000 habitantes (OMS, 2018).

Numa análise interna referente, igualmente ao ano de 2018, Ordem dos Médicos Dentistas enumera um total de 11.387 inscritos, identificando um crescimento de 699 comparativamente ao ano de 2016. Estes dados são possíveis de aferir através do estudo denominado “Números da Ordem” (anuário realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas), com periodicidade anual, que visa sistematizar as informações referentes à profissão de Médico-Dentista em Portugal, de forma a ser possível perspetivar o futuro e elaborar programas ou outras necessidades, congregando informação útil e atualizada para os agentes envolvidos, Médicos-Dentistas, estudantes, profissionais de áreas complementares e público em geral acerca do exercício de medicina dentária em Portugal (OMD, 2018).

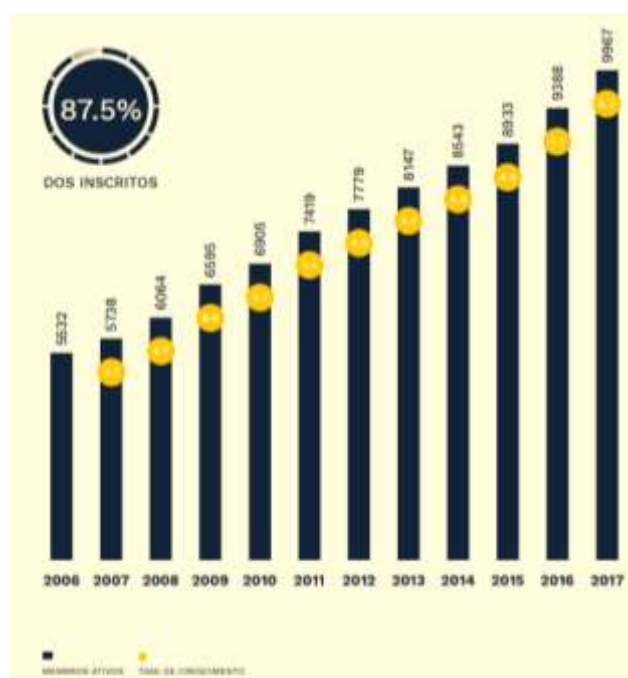


Figura 1. Evolução de profissionais inscritos OMD (Fonte:OMD, 2018)

É possível refletir quanto ao número atual, em crescente, dos números de médicos-dentistas ativos em Portugal (2021, segundo OMD, aproximadamente 12 mil membros) face à redução, caso continue diminuindo a esperança de vida e consequente diminuição do número de habitantes, o que indica que se prevê a partir de 2019 a existência de 1 Médico-Dentista para um número inferior a 1.000 habitantes (OMD, 2018).

Nos dias de hoje as mudanças são constantes. A evolução económica, tecnológica e social aumentou a importância dada à saúde oral e consequentemente à profissionalização dos profissionais, o que tem consequências positivas para a qualidade de vida e bem-estar da população de forma geral e leva à recorrente necessidade e procura de qualidade no que diz respeito a este setor.

Nos indicadores de número total de membros da OMD, os valores indicam um crescimento sucessivo de ano para ano. Não obstante este crescimento, é possível aferir que existe um aumento do número de profissionais inativos que aumentou de 108 para 729 nos últimos onze anos (OMD, 2018).



Figura 2. Evolução do número de profissionais inativos (Fonte:OMD, 2018)

Relativamente ao panorama territorial, a localidade com menor número de Médicos-Dentistas ativos por habitante situa-se no Baixo Alentejo e no Alentejo Litoral, uma vez que o rácio população vs médico dentista é mais elevado.



Figura 3. Rácio população por Médico-Dentista território português (Fonte: OMD, 2018).

2. Stress

Atualmente o stress apresenta-se como um conceito bastante vulgarizado na nossa sociedade, no entanto o mesmo apresenta a necessidade de um enquadramento de forma a ser compreendido e avaliado de forma concertada, possibilitando o seu diagnóstico e tratamento. De acordo com Schaffer (1982, cit. por Serra, 2011), o conceito stress tem vindo a ser alvo de diversos significados. Na sua génese considera-se que o termo stress é proveniente do verbo em latim, *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum*, que representa estreitar, apertar, delimitar, reconhecido e remontando a sua utilização ao século XIV, altura em que passa a designar tensão ou opressão física, transpondo posteriormente para uma designação de carácter que pode também afetar e ter consequências do foro psicológico (Serra, 2011).

No século XX, destacaram-se os estudos de Selye (1936) e teve lugar a evolução do desígnio da palavra stress, de contexto físico, para a área médica e dos profissionais de saúde.

Já no âmbito da Psicologia este conceito foi destacado de forma relevante com os estudos desenvolvidos e apresentados por Lazarus e Folkman (1984).

Em Portugal, durante os anos 50, o denominado Grupo Português de Intervenção Comunitária na área do Stress Psicossocial considerou o stress um conceito inovador que reunia a melhor definição da ocorrência, ou estado, as respostas dos indivíduos à mesma, a forma como lidar com ela, congregando ainda a relação entre o eu, o social, profissional, saúde e patologia (Frasquilho, 2005).

Embora o termo stress se apresente como uma temática bastante corrente atualmente, o mesmo remonta à existência humana, uma vez que o indivíduo está exposto a estímulos e consequentemente a consoantes adaptações que se demonstram intrínsecos à sua essência, levando-o a necessitar de se debater, relacionar com o seu ambiente (físico, social e económico), estando vulnerável a pressões intrínsecas a esses fatores (Frasquilho, 2005).

Não obstante existir uma referência à valorização dos aspetos negativos indicadores de stress, consideram-se, em situações intermédias, os sintomas úteis e adaptativos para o profissional, potenciando a ação de forma propulsiva quanto à tomada de decisões e à resolução de ocorrências, o que leva à melhoria das funcionalidades e das aptidões individuais. Podem, segundo esta visão, as situações stressantes tornar-se oportunidades de reforço pessoal com vista à sua superação (Serra, 2011). Designam-se *eustress* os aspetos identificados como positivos do stress, referidos como fatores protetores no que diz respeito à saúde e funcionalidade do indivíduo. Em oposição, o *distress* refere-se aos aspetos

identificados pela sua periculosidade e consequentes resultados nocivos ao organismo do indivíduo (Lazarus, 1999).

De ambas as formas o stress apresenta-se, em qualquer situação distinta, sendo esta positiva ou de teor negativo, com que o indivíduo se depara, impondo que o mesmo se adapte e reaja a esse desafio (Keefe, 1988; Everly, 1989).

Existe ainda uma questão preponderante com implicação na resposta do indivíduo face à perspetiva do stress, estabelecendo que o mesmo processo se caracteriza por ser interativo ou transacional com os estímulos ambientais, o próprio indivíduo e as suas diferenças pessoais, especificidade dos seus mecanismos psicológicos, processos de avaliação cognitiva, forma encontrada para proceder à resposta face ao stress, etc. (Lazarus & Folkman, 1984; Gomes, Cruz & Melo, 2000; Serra, 2011).

Ao desenvolver-se a perceção de uma possível falta de controlo perante determinada ocorrência, aparece o stress, desenvolvendo-se distintas reações e estratégias com o objetivo de reduzir ou eliminar o problema. É desta forma um fenómeno transacional, aglutinando a ocorrência, as respostas humanas e a vivência do indivíduo, agregando a relação entre vertentes diferentes, como a individualidade, ser biológico, o contexto e ambiente social. Assemelha-se assim a uma construção mental, que representa a relação do sujeito com as situações do seu dia a dia (Frasquilho, 2009).

Todo o processo resultante, bem como as ocorrências que potenciam o stress, configura-se no seu resultado final em reações psicológicas, como a ansiedade, depressão, alterações cognitivas, reações fisiológicas, existindo propensão para desencadear doenças e alterações comportamentais que podem ser nefastas (Frasquilho, 2005). Levando-se em conta apenas o stress, este não pode ser considerado uma doença, por si só, embora a presença do mesmo possa potenciar diversas patologias (Serra, 2011). O autor evidencia ainda que os fatores de stress induzem o indivíduo a agir de forma diferente. Tais reações podem caracterizar-se por serem de origem biológica, com sintomatologia observável, cognitiva e emocional, e podem acontecer de forma simultânea, sendo estas respostas mais acentuadas, quanto mais intensas, frequente e prolongada na exposição a situações de stress. Pode desta forma configurar-se a resposta ao stress como uma reação global e concertada do organismo.

Na abordagem ao stress constata-se três perspetivas: a que conceptualiza o stress como resposta, como estímulo e como transação.

O conceito de stress tem génese cronológica nos anos trinta, apresentado por Hans Selye, que o indica como um processo vital e elementar, que pode ser dividido como acima referido em dois tipos: quando perante ocorrências boas, como stress positivo (eustress) e como stress negativo (distress), no momento em que as ocorrências se destacam e são percecionadas durante uma fase negativa (Silva & Martinez, 2005).

De acordo com o Permanent Life Situation Survey (pesquisa realizada anualmente, em qualquer país, aplicado a uma amostra de investigação), com uma pesquisa realizada na Holanda, com uma amostra de dez mil pessoas, conclui-se que os resultados são consistentes com outras realizadas em Londres, Nova Iorque, Paris e Sydney, em que se destaca ser o stress atual comum e transversal aos diferentes países. Conclui-se que o stress resulta de diversos fatores:

- ambiente de trabalho stressante ou desagradável
- carga horária elevada, muitas vezes com turnos tardios que resultam numa falha nas horas de descanso e sono de qualidade
- turnos diversos ou quando a pressão e as exigências do trabalho se tornam incomportáveis
- reduzida ou inexistência de autonomia sob as suas tarefas
- tarefas monótonas e repetitivas
- procura constante de agradar
- problemas comunicacionais com colegas, supervisores e direção
- funções pouco claras e dúbia descrição das mesmas, com expectativas e metas pouco definidas
- falta de equilíbrio entre a vida profissional e pessoal
- profissões que exigem posturas exigentes como muitas horas de pé
- atribuição de responsabilidades sem que sejam estabelecidas respetivas guias de orientação e suporte necessário
- desempenho de uma função para a qual está sobre ou subqualificado
- interação stressante com clientes/pacientes
- ordenados díspares face a outros setores
- constante avaliação

Assim, de acordo com o site de Estatísticas da Holanda (CBS – Statistics Netherlands), o índice de Burnout em pessoas que se dedicam profissionalmente à área de saúde, é uma das mais elevadas. De acordo com um estudo sobre este tema publicado pela CBS, em 2003,

é possível aferir um aumento de Burnout entre cuidadores formais, destacando-se em um em cada dez trabalhadores na Holanda apresenta a síndrome.

Conforme é possível observar na figura (figura 4) abaixo, esta taxa tem aumentado, sendo o Burnout comum entre trabalhadores da área da saúde e bem-estar (Health care and welfare), encontrando-se este setor na 7.^a posição.

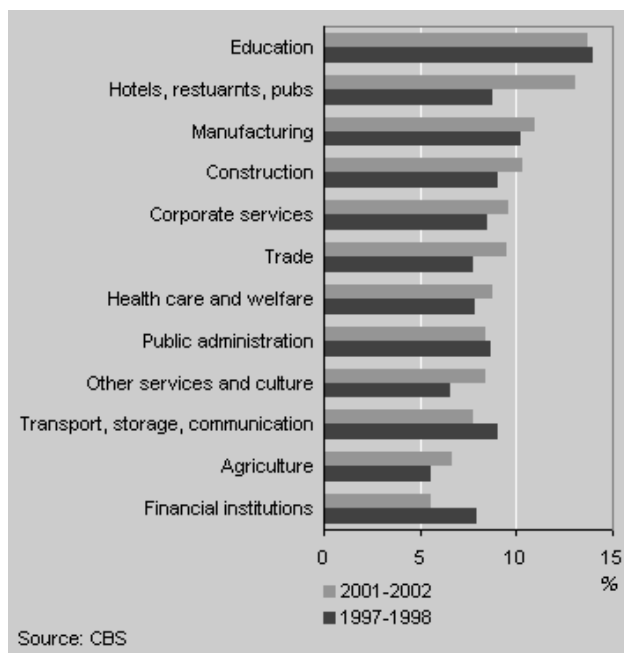


Figura 4. Índice de profissionais com Burnout, por setores de indústria (%).

Ainda, como nos mostra a figura acima, o índice de trabalhadores com Burnout na área da saúde, entre os anos de 2001 a 2002, apresenta um aumento significativo, comparativamente com a última metade da década de 90.

Pode aferir-se que a diminuição de horas de trabalho está associada a menos registros de Burnout, embora seja transversal quanto ao gênero e diferindo relativamente aos grupos etários. Conforme apresenta a figura 2, trabalhadores com idades compreendidas entre os 25 e 34 anos de idade apresentam menores índice de afetados por Burnout, enquanto as idades que precedem e antecederem, são mais atingidas pela síndrome.

Conforme referimos anteriormente, trabalhadores em situação de redução de horário, como é o caso dos trabalhadores em part-time (trabalham entre 12 e 19 horas por semana), apresentam menor incidência da síndrome, mas já a taxa é superior em profissionais com horários de trabalho entre 20 a 34 horas por semana.

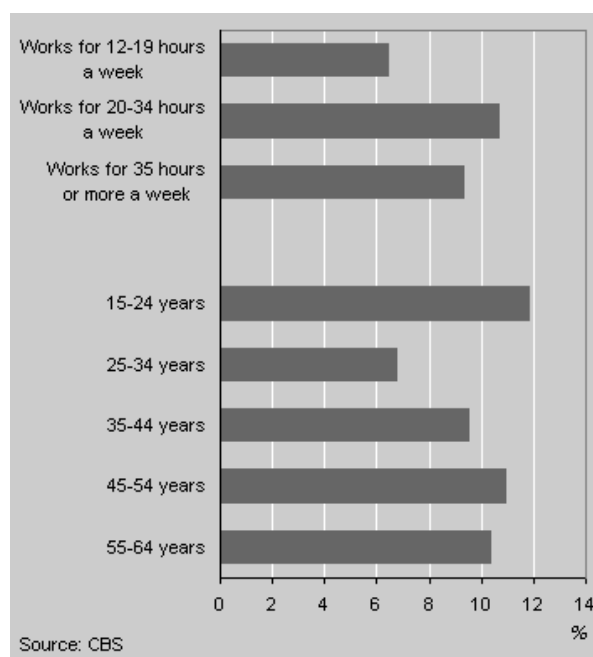


Figura 5. Profissionais com Burnout, por horas de trabalho e idade, 2001-2002

É possível, com base no estudo, aferir que os trabalhadores com menor autonomia no trabalho apresentam três vezes mais propensão de desenvolverem Síndrome de Burnout comparativamente aos que gerem ou possuem algum controle na sua atividade e logo na sua vida pessoal. O ambiente adverso no local de trabalho duplica as hipóteses de sofrer de Burnout.

2.1 Evolução do conceito de Stress

Ao longo dos tempos têm-se desenvolvido conceitos que, por diversas razões, são utilizados na linguagem diária e aplicados pelo senso comum regularmente. O stress é um desses conceitos, cujo uso em contextos não científicos e quotidianos representa uma forma das pessoas explicarem o seu comportamento, e integrarem atitudes e comportamentos por vezes adversos ou mesmos antissociais. O stress, como uma força exercida sobre o indivíduo, tornou-se, desta forma, uma realidade incontornável da vida moderna e do conhecimento de todos os indivíduos.

Assim o stress é um impulso não específico que pode levar a desenvolver patologias em muitas zonas específicas e orgânicas do corpo e afetar os indivíduos de formas diferentes, estando todos os indivíduos suscetíveis ao mesmo (Hallström & McClure, 2005).

A existência de ocorrências que extrapolam a rotina, exigem uma adaptação em que, muitas vezes, os indivíduos sentem que não identificam competências ou recursos capazes de prosseguir, bem como o seu domínio com vista a poder fazer face às circunstâncias. O

profissional pode ter recursos que, no entanto, podem mostrar-se insuficientes para determinada ocorrência, levando-o a evidenciar stress.

Constata-se que o emprego é uma fonte significativa de stress para a maior parte das pessoas. De forma reduzida, pode considerar-se uma fonte de aumento do rendimento dos colaboradores, sendo muitas vezes tida como inevitável e mesmo propensa a maior atividade; no entanto, caso atinja um nível excessivo, tal atividade pode deixar de ser controlada e levar a efeitos de maior ou menor gravidade.

As atuais dinâmicas e exigências do quotidiano profissional obrigam a constantes alterações, fruto da necessidade de reorganização constante interna das organizações, situação possível de despedimento, extinção de postos de trabalho, a polivalência exigida, novas tecnologias de informação, necessidade de atualização constante, aumento das horas extras, exigências elevadas e pouco definidas. Isso faz com que os profissionais permaneçam numa constante adaptação, potenciando a sensação de sobrecarga em relação às suas funções, ao tempo disponível para efetuar as mesmas, a pouca oportunidade de adaptação ou mesmo situação de exigências que não são exequíveis, ultrapassando a capacidade do indivíduo e podendo levar a que não se consiga autorregular com tal sobrecarga profissional, o que pode gerar um estado de desgaste, que conduz ao stress crónico.

Nas situações de stress crónico por causas internas (baixa autoestima, imagem dos outros) ou causas externas (exigências da sociedade), deverá ser salvaguardada a recuperação através da análise das questões que causam o desgaste prolongado e é essencial haver a aplicação de técnicas no sentido de uma resolução e eliminação da situação de stress crónico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o stress no trabalho é a resposta às exigências e pressões que não correspondem às suas competências, apresentando-se como desafiadoras (OMS, 2019).

Selosse (2001) considera que a vulnerabilidade psicológica traduz os desequilíbrios que perturbam o desenvolvimento e o funcionamento afetivo, intelectual e relacional, podendo repercutir-se de forma traumática através de desadaptações psíquicas, desvios de condutas ajustadas e roturas.

Segundo Serra (2000), o stress é distinto quanto à perceção que cada indivíduo identifica da ocorrência que vivência. Torna-se dependente do grau de vulnerabilidade individual ao stress, sendo esta variável de indivíduo para indivíduo e associada à predisposição pessoal e aos recursos psicológicos. Assim *“se um indivíduo se sente ou não em stress é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de autoconfiança que a pessoa*

desenvolve em relação a determinada circunstância considerada importante para si e que lhe cria exigências específicas”.

A perspetiva biológica e a perspetiva psicossocial do stress são responsáveis pelos seguintes fatores: agentes potenciadores de stress de natureza física, biológica, social e como conjunto de características individuais e formas de reação ao stress. As consequências mais comuns identificadas por Posen (1995) no que diz respeito aos sintomas físicos do stress são a fadiga, dores de cabeça, insónia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores e resfriados causados por baixas defesas.

Bernick (1997) considera que *“qualquer mudança de vida, boa ou má, pode ser considerada como um fator que leva ao stress.”*

Num primeiro momento, era o setor industrial que detinha o mais elevado índice de stress, destacando-se várias doenças no trabalho. O que ocorre atualmente, como é possível ver da análise das figuras acima, é a incidência cada vez mais relevante no que diz respeito aos profissionais ligados à educação e aos cuidados de saúde, bem como a executivos e profissionais liberais com características no aspeto organizacional do trabalho e com elevada capacidade de estruturar as suas carreiras, que estão assim vulneráveis ao stress, dada a exigência das funções que exercem.

A perda de trabalho tem nos indivíduos um impacto significativo, com implicações na sua integração social e na manutenção do seu nível de vida. Outro fator que vulnerabiliza os indivíduos ao stress é a reforma, momento de mudança e fragilidade que coloca o indivíduo numa situação que o leva a confrontar-se com questões como a solidão, o sentimento de inutilidade e inadaptação, a mudança de rotinas e hábitos diários já muito enraizados, quase automáticos. Deve considerar-se a importância de agir quando se está perante a perda do espaço no sistema produtivo, sendo necessária uma recolocação e reorganização do seu quotidiano.

Embora as exigências e a consideração de que excesso e limite constituem algo positivo e importante ao nível de tensão estrutural e pessoal de forma a atingir resultados, isso pode levar à não perceção do impacto na qualidade de vida dos funcionários, a médio prazo e consequentemente nos produtos, serviços e resultados.

É importante que para uma boa organização do trabalho se realize uma formação profissional contínua e uma remuneração adequada, assegurando-se ao profissional as condições de segurança e bem-estar no trabalho, de forma a resultar na motivação e melhoria da qualidade do serviço e da produtividade.

Indivíduos angustiados, com elevada sensibilidade emocional e desorganização mental, podem tornar-se agressivos e violentos. Devem-se estabelecer estratégias para enfrentar tal situação de stress, levando em conta potenciais fatores que a desencadeiam, como os seguintes:

- Ruído: provoca irritações, diminui capacidade de concentração principalmente nas atividades que apresentam um certo grau de complexidade, afeta o desempenho profissional e induz à fadiga física
- Sono não reparador: alterações do sono e turnos alternados afetam o desempenho, com manutenção da sensação de cansaço e implicações quanto às alterações tanto na vida familiar como na social
- Sobrecarga: exigências excessivas e impostas no local de trabalho, que ultrapassam o limite de capacidade de adaptação. Urgência cronológica para execução de função, responsabilidade excessiva, falta de apoio, reforço, expectativas elevadas relativamente ao eu e ao outro
- Desmotivação: falta de estímulos, tarefas repetitivas, monocórdicas, identificadas como não tendo grau de importância relevante
- Imposição de mudanças impostas pela entidade laboral: situações de grande imprevisibilidade causam insegurança
- Adoção de novas tecnologias: inovações tecnológicas integradas de forma imprevisível dada a dinâmica cada vez mais rápida do processo produtivo. Necessidade de se adaptarem rapidamente às novas exigências impostas e sempre em mutação.

Segundo Guedes (2008) “(...) *Os riscos inerentes à redução de custos são vários, em particular o de não valorizar devidamente os trabalhadores do setor, de quem depende, em grande parte, a qualidade do serviço. Daí que, numa estratégia de gestão bem alicerçada, se deva ter em conta o fator humano, a sua formação, estabilidade, segurança e saúde! Em qualquer setor económico, nomeadamente na restauração e hotelaria, ainda existe um número apreciável de pessoas que não se apercebe da importância dos riscos profissionais e até os considera normais e inerentes ao exercício de uma profissão! (...)*

3. Burnout

3.1. Conceptualização da Síndrome de Burnout

Esta Síndrome de Burnout surge em 1974, identificada pelo Psicólogo Fregenbauer, provém da terminologia inglesa ***Burn out*** que, traduzida, significa queimar por completo. Identifica uma síndrome de esgotamento profissional que ocorre essencialmente em pessoas que desempenham tarefas com elevado stress durante um período prolongado de tempo.

Conforme foi possível analisar anteriormente, a sua principal causa decorre de alteração emocional, *stress* crónico, em que os indivíduos apresentam um comportamento agressivo com aumento da irritabilidade no trabalho, potenciado por condições de trabalho extremas no que diz respeito ao domínio físico, emocional e psicológico, à absorção em exagero da sua atividade profissional. Estes indivíduos procuram demonstrar elevado desempenho e perfeccionismo, o que acaba por se transformar numa falta de interesse. O indivíduo perde a sua motivação pelo trabalho, de forma que as coisas deixem de ter importância assim como a perceção de que o que faça será inútil.

Apenas desde o ano de 1976, o Burnout junto aos estudos acerca da temática adquiriu um cunho científico de importância. A partir desse momento foram desenvolvidos modelos teóricos e instrumentos aptos de realizarem registos que visam a compreensão e análise desse sentimento crónico revelador de desânimo, apatia e despersonalização (Gomes, 2013).

Apenas nos anos 80, a investigação empírica sobre o Burnout tornou-se mais sistemática, de natureza quantitativa, utilizando questionários e inquéritos em amostras mais alargadas.

O Burnout é uma síndrome multidimensional constituída por exaustão física e emocional, desumanização, perda da energia para a realização das atividades laborais e consequentemente perda de afetividade e empatia com os colegas ou clientes/pacientes. Desenvolveram um instrumento, o MBI (Maslach Burnout Inventory), de forma a possibilitar a avaliação das consequências da síndrome (Maslach, C., & Jackson, S. E., 1984).

Na maioria de casos a manifestação da síndrome acontece nos profissionais cujas funções exigem um elevado envolvimento interpessoal direto e intenso, acrescido, como é o caso da área da saúde.

Segundo Farber podem ser identificados três perfis clínicos diferenciando a síndrome, como *Frenetic*, *Underchallenged* e *Worn-out*:

- *Frenetic*: define quando o profissional trabalha a um ritmo cada vez maior culminando na exaustão. O seu desempenho é focado na satisfação e no

sucesso que pode advir do seu esforço e dedicação. Mesmo quando algo contraria ou dificulta, tornando difícil e frustrante o desempenho, o indivíduo investe e trabalha ainda mais de forma a superar, quanto a alcançar resultados que pretende, bem como a atingir objetivos definidos inicialmente. Nestas situações a saúde e a vida são colocadas num plano secundário, de forma a concentrar todas as energias apenas nesse objetivo de sucesso profissional. Não reconhece o excesso nem os limites.

- *Underchallenged*: retrata a baixa motivação, falta de estímulo perante desempenhos monótonos repetitivos mas no entanto mantém o exercício da sua responsabilidade sem a descuidar. O interesse diminui e passa a estar perante uma quebra de envolvimento. Inicia um processo de desistência, muitas vezes assente na falta de consciência ou dimensão do problema real. Falta-lhe senso de proporção, no que diz respeito ao sucesso no trabalho ou mesmo outras questões da sua vida pessoal. É nesta fase ou perfil clínico que poderá questionar a sua permanência ou abandono da profissão, pondo em dúvida as suas competências.
- *Worn-out*: ocorre quando está perante um nível de stress e num contexto em que o desafio e imposições são demasiados comparativamente com o reconhecimento do seu desempenho em termos pessoais, quer remuneratórios, quer financeiros. Espelha um pessimismo generalizado levando o indivíduo à perda de autoestima, entusiasmo, passando a negligenciar as suas responsabilidades (Costa, 2009).

Desta forma é possível distinguir a reação dos profissionais. Enquanto uns, perante a frustração e dificuldades, aumentam o esforço de forma a atingirem os objetivos iniciais, outros desistem, negligenciam as suas responsabilidades, questionando se é compensatório ou se existe o equilíbrio entre as recompensas e o seu envolvimento (Costa, 2009).

Embora seja idêntico ao stress, o Burnout não pode ser confundido, pois apresenta mais perigos para a saúde. No caso de um profissional em situação de stress, ele pode adotar algumas técnicas, como o afastamento por período de férias que o irá restabelecer. Por seu lado, no Burnout o afastamento não é por si só suficiente, pois todos os problemas, dificuldades e sintomas se mantêm posteriormente.

Desta forma e dada a gravidade da síndrome, torna-se primordial reconhecer a situação prevenindo que ela se torne crónica e passe ao colapso físico e mental.

3.2. Indutores de Burnout

São vários os fatores que podem ser referenciados como potenciadores de Burnout. Estes podem ser características pessoais/individuais, com indicadores que se prendam com a personalidade (mais ou menos flexível e resiliente); podem relacionar-se com as características intrínsecas às organizações profissionais e contexto laboral (Benach et al., 2002).

Autores como Leiter e Maslach (2000) identificam e relacionam as características pessoais como o fator que se destaca com larga importância no que antecede os sinais de Burnout.

Destacam o impacto do contexto organizacional reforçado por Queirós (1995), que refere no seu ponto de vista que o exercício das atividades laborais onde o profissional tem em si a responsabilidade de terceiros se transforma num agravante indutor, no que diz respeito ao stress e Burnout (Moreno-Jiménez et al., 1997; Queirós, 1995).

O desempenho da própria função profissional pode por si só acarretar implicações que interfiram de forma negativa no bem-estar dos profissionais, o que irá incidir na possibilidade de surgimento de Burnout.

Desta forma é possível entender que existem em diferentes níveis fatores com capacidade para Burnout, quer internos quer externos, associados à execução das funções profissionais, de onde se destacam:

- sobrecarga de trabalho e de tarefas a serem realizados e o curto espaço de tempo para a sua realização
- ritmo intenso em que são realizadas as funções exigidas
- autonomia e o controlo sobre a situação de quem realiza a atividade (Ramos, 2001; Karasek e Theorell, 1990; Ross e Altmaier, 1994)
- trabalho por turnos, impossível de alterar no trabalho dos profissionais de saúde; tem implicações psicossomáticas crónicas, como insónias, alterações gastrointestinais e cefaleias, quando o trabalho é realizado durante grandes períodos de tempo (Gomes, 1998)
- rotina e desempenho de funções monótonas são considerados fator de stress não possibilitando desafios profissionais como refere Karasek e Theorell (1990)
- ausência de estímulos e reforços positivos aos profissionais é distinguida por Pines e Maslach (1980) como uma desilusão que poderá repercutir-se no

contexto de trabalho como fatores que alimentam o processo progressivo de desenvolvimento de Burnout

3.3. Sintomas/prevenção do Burnout

No que se refere à sintomatologia associada à Síndrome de Burnout, podem dividir-se os sintomas em quatro categorias distintas: cognitivos, emocionais, comportamentais e físicos, conforme passamos a definir:

- ***Sinais cognitivos:*** detetados através de lapsos de memória, reduzida atenção associada a dificuldade de concentração, sensação de cansaço constante e ausência de energia, que resulta em dificuldade em acordar para ir trabalhar;
- ***Sinais emocionais:*** tem lugar o aparecimento de episódios de irritabilidade, humor instável, reações de cinismo e ironia, falta de empatia para com os colaboradores na organização ou pacientes, desmotivação para com as suas funções e exercício da sua profissão, sentimento de frustração, baixa autoestima, perda da sensibilidade afetiva, que se reflete em atitudes negativas (desânimo, disforia, depressão), podendo resultar em esgotamento profissional;
- ***Sinais Comportamentais:*** adoção de comportamentos aditivos como o consumo exagerado de tabaco, consumo excessivo de álcool, café e/ou mesmo em alguns casos de estupefacientes ou automedicação. Ocorrência de adoção de comportamentos de ira e violência, distanciamento afetivo dos clientes e dos colegas de trabalho e constantes conflitos interpessoais a vários níveis, quer pessoais como laborais. São potenciados os registos de absentismo associados;
- ***Sinais Físicos:*** são comuns a presença de reações orgânicas como fadiga constante e progressiva, problemas de hipertensão arterial, problemas cardiovasculares, ansiedade, alterações de peso, tremuras, tonturas, cefaleias, enxaquecas, dores nas costas, distúrbios do sistema respiratório (crises de asma, falta de ar), distúrbios gastrointestinais, ocorrência em algumas mulheres de alterações hormonais com incidência na suspensão do ciclo menstrual.

Estes sintomas não são transversais a todos os indivíduos, podendo alguns não observar alguns dos sintomas referidos acima.

Enumerados são os constrangimentos que podem potenciar o aparecimento da síndrome. Cabe, conforme refere Chiavenato (1989), aos recursos humanos nas organizações, assegurar algumas necessidades nos contextos laborais de maior risco. Assim,

deve haver uma atenção à rotina de trabalho, para que não prejudique a ação estratégica, elaborar objetivos claros e precisos para as funções prioritárias e encontrar funções que possam e tenham como objetivo a participação de vários elementos de forma a não sujeitar a demasiada responsabilidade apenas num profissional.

Segundo o mesmo autor deve investir-se no aperfeiçoamento dos colaboradores através de formação contínua, promovendo a sua criatividade, clareza e afastamento das rotinas e tarefas sedentárias.

Chiavenato (1989) refere que *“o incentivo e a motivação são considerados excelentes fatores na promoção do bom desempenho dos funcionários, principalmente se esse incentivo vier por parte da chefia, oferecendo estímulos que irão melhorar o seu desempenho.”*

Por seu lado essa formação deverá ser adequada à medida das reais necessidades, devendo previamente ser reavaliadas as necessidades com o objetivo de identificar se os profissionais mais indicados têm ou não a formação complementar que possibilite melhorar seu desempenho e qualidade de vida na empresa.

Segundo nos indica Benevides-Pereira (2002), não se pode omitir que as causas do *Burnout* não se apresentam e desenvolvem de forma isolada, isto porque a sua proveniência pode ser de variados fatores indutores, como vimos anteriormente, e esta congregação de causas pode desencadear a Síndrome de *Burnout*. O autor indica ainda aspetos potenciadores do *Burnout*, que suplantam as características pessoais de personalidade e acrescentam questões como a idade, o sexo, o nível de formação, a parentalidade ou ausência desta, o nível de resiliência, as variáveis do self, as estratégias de enfrentamento, o neuroticismo, o perfeccionismo, o sentido de coerência, a motivação e o idealismo. Para o autor é indissociável de igual modo a importância que tem a organização ou contexto laboral. As características organizacionais são inúmeras no que respeita ao ambiente físico, às mudanças organizacionais, burocracias, comunicação, segurança (Benevides-Pereira, 2002).

Concomitantemente deve haver a necessidade de implementar estratégias em diferentes níveis, com vista à prevenção das referidas situações.

As estratégias de prevenção dos sinais de *Burnout*, como é o caso da irritabilidade e frustração apresentadas pelo profissional, atuam a três níveis:

- Estratégias de carácter individual;
- Estratégias grupais (institucional);
- Estratégias organizacionais (relação indivíduo – instituição).

Braithwaite (2008) salienta que, sendo um problema concreto, o Burnout obriga a implementação de programas de intervenção no sentido de prevenir profissionais de maior vulnerabilidade e que se encontrem em maior risco, como é o caso dos profissionais de saúde. Este é um problema associado essencialmente ao contexto trabalho nefasto, embora se repercuta a outros níveis da vida dos profissionais afetando a vida pessoal e familiar (Maslach, 2000).

O estado de exaustão emocional potencia mal-estar físico com sintomatologia detetável, associada a sintomas de fadiga persistente, insónias, hipertensão, cefaleias e alterações gastrointestinais (Edwards e Burnard, 2003; Maslach e Leiter, 1997). Esta situação tem incidência na prestação das suas funções no que diz respeito à produtividade, aumentando o absentismo e diminuindo a qualidade das relações com os restantes profissionais e/ou utentes, podendo evoluir mesmo para o abandono do trabalho. Autores como Maslach e Jackson (1984) realizaram estudos com resultados que apresentam a vontade inerente de rotatividade, principalmente em profissionais que trabalham com terceiros, que se destaca como estando relacionada com maiores níveis de Burnout. O trabalho com outros indivíduos e estando nas suas funções a responsabilidade por utentes, como é o caso de profissionais na área de saúde, estando expostos a situações que são indutoras de stress, levando a desenvolverem sentimentos de incompetência, ansiedade, conduzindo à depressão (Murcho et al. 2009).

De forma a ser possível prevenir tais vulnerabilidades, deveriam os profissionais ser expostos a dinâmicas combinadas e técnicas diferenciadas; no entanto, no caso de que essas estratégias sejam provenientes apenas do próprio indivíduo, sem o envolvimento da organização onde está inserido, não haverá impacto para além do âmbito pessoal.

- **Âmbito individual/pessoal:** a perseverança e a preparação dos indivíduos devem passar pela preparação das suas competências, correspondendo ao desempenho das suas funções (formação e objetivos), devem adotar hábitos saudáveis, ter uma alimentação cuidada com horários adaptados, cumprir paragem de descanso mínimo, ter hábitos de exercício físico regular. Preferencialmente optar por atividades ao ar livre que lhe dêem prazer ou outro tipo de ocupações pessoais prazerosas, controlando a distribuição do tempo útil. A adoção de técnicas de relaxamento pode contribuir para fomentar o autoconhecimento e autocontrolo. A comunicação é por seu lado uma estratégia de proximidade e facilitadora de relações positivas com os colegas, familiares e/ou amigos, podendo ajudar na concretização de questões semelhantes. Num caso em que não seja suficiente devem recorrer à ajuda de profissionais de

psicoterapia para apoio ao esgotamento profissional, de forma a usufruir de uma terapêutica especializada acompanhada por alguém externo e profissional;

- **Área institucional:** Adoção de estratégias de grupo consistem na combinação do apoio do grupo. Potenciar um ambiente de trabalho positivo torna-se forma prioritária em contribuir para um ambiente contagiante de bem-estar dos profissionais, resultando na sua motivação e logo na sua produtividade e melhor funcionamento da organização. Estrategicamente algumas entidades adotam como estratégias a criação e eventos ou momentos de partilha, que podem passar por encontros ao ar livre ou atividades conjuntas de forma a reforçar relações. Esta intenção assegura que na prática sejam reduzidas as situações de *stress*, e intrinsecamente doenças cardiovasculares, com o aumento de autoestima;
- **Estratégias organizacionais:** visam relacionar as estratégias tanto de foro individual como do grupo para que o resultado seja eficaz para o fim desejável para o contexto organizacional.

3.3. Estratégias individuais

No que diz respeito às estratégias individuais que dependem apenas do indivíduo, existem, visando a prevenção ou controle dos aspetos emocionais, várias estratégias desenvolvidas por diferentes autores. Podem distinguir-se técnicas como:

- relaxamento
- técnicas de resolução de problemas
- técnicas cognitivas
- treino da assertividade
- técnicas de autocontrolo

(Cherniss,1980; Gil-Monte e Peiró,1997; Maslach et al.,2001; Ojeda, Ramal, Calvo e Vallespin,2001; Peiró e Salvador,1993; Yela, 1996).

Ainda para outros autores, são elaboradas estratégias eficazes que visam o auxílio dos profissionais de forma a que reconheçam os riscos, bem como identifica-los, preveni-los e alterá-los (O'Brien, 1998).

Alguns estudos foram desenvolvidos de forma a identificar as estratégias individuais dos profissionais de saúde e demais circunstâncias potenciadoras ou redutoras do desenvolvimento do *Burnout* no indivíduo:

- Mickler e Rosen (1994) desenvolveram estudos indicando que as informações disponibilizadas sobre esta temática aos profissionais, reforçavam o

conhecimento e o alerta a sintomas, tendo servido de redutor dos efeitos do *Burnout*.

- Rodrigues (2006) assim como Christofolletti (2007) indicam que as estratégias eficazes têm como base a formação sobre os fatores de risco, consequências, alterações do comportamento, gestão do tempo, aprendizagem de técnicas de relaxamento e estratégias de *coping*: “um esforço cognitivo e comportamental, realizado para dominar, tolerar ou reduzir as exigências internas e externas”.
- Arranz, Barbero, Barreto e Bayés (1997) no seu estudo indicaram que o controlo do *Burnout* está associado a estratégias individuais com as devidas limitações inerentes, referindo os fatores organizacionais que não são controláveis pelo indivíduo e aconselham a adaptação à realidade.
- Maslach et al. (2001) indicam a importância de estratégias como o enfrentamento e o relaxamento, no que concerne a estratégias individuais com vista a prevenir ou aliviar a sintomatologia emocional. No entanto, estas estratégias necessitam de fatores externos aos indivíduos para funcionarem, como é o caso do profissional estar num contexto onde não possui controlo direto dos fatores de stress.

Em situações em que os profissionais não valorizam as suas necessidades individuais e os recursos necessários para assegurarem o seu bem-estar e a sua concretização profissional, é possível que se dirijam para uma situação sem retorno que os conduza ao esgotamento físico e mental (Campos, 2005).

A adoção dos mecanismos de *coping* produz efeitos significativos. Esta estratégia pode ser em duas dimensões:

- *coping* dirigido ao problema: visa a definição do problema, as dificuldades a ele associadas. Vários autores indicam este como o mais eficaz, tendo maior probabilidade de reduzir o stress e o *Burnout* (Sanzovo e Coelho, 2007).
- *coping* centrado nas emoções: tem como objetivo identificar valores positivos, perante ocorrências negativas, reduzindo o impacto emocional dos factores indutores de stress (Folkman e Lazarus, 1984).

A estratégia de coping adotada é individual e está dependente das características de personalidade e do percurso de vida de cada pessoa, podendo ser distinta.

Em diferentes estudos os mecanismos revelam-se diferentes desde o suporte familiar, como o exercício físico, etc.

Desses estudos pode-se referir um realizado com uma amostra de enfermeiros, em que se demonstrou que os mecanismos de *coping* resultaram na obtenção de um suporte ou rede social estável (Rodrigues, 2006).

Já noutros estudos com muita semelhança, embora a amostra tenha sido com outros profissionais, neste exemplo em psicólogos, o mecanismo mais utilizado foi a adoção de hábitos desportivos e suporte social (Sanzovo e Coelho, 2007).

Em ambos os estudos há coincidência numa característica quanto à adoção dos mecanismos de *coping*: bem-estar.

Embora esta implementação das estratégias individuais possa ser condicionada pelo meio, o que interfere na sua adoção depende da propensão que o próprio indivíduo tenha, da motivação e objetivos que consiga alcançar.

Em ambientes onde tem de lidar com colegas de profissão, e na maior parte de vezes com competição, o indivíduo estará perante uma fonte indutora de stress violenta. Neste sentido torna-se importante explorar a liderança, interação e comunicação entre equipas, gestão de conflitos e negociação. Não obstante, deverá manter-se presente a necessidade individual, bem como a responsabilidade de assegurar estratégias individuais de forma a reduzir situações de stress e prevenção do *Burnout*.

Visto que as condicionantes das estratégias individuais são relevantes e podem limitar o indivíduo, é também importante considerar outros fatores, como as expectativas relativas à profissão, que devem ser realistas, a criação e desenvolvimento de respostas para situações de crise, como um sono recuperador diário, hábitos alimentares e de desporto continuados, suporte de rede familiar e social.

3.3. Consequências do Burnout

Com o decorrer das situações de stress a exaustão emocional provoca o aparecimento de várias sintomatologias, situações de mal-estar físico, surgimento de sensação de fadiga persistente, privação de sono, insónias, hipertensão, cefaleias e alterações gastrointestinais (Edwards e Burnard, 2003; Maslach e Leiter, 1997).

Toda a exaustão, tal como a emocional, provoca alteração no comportamento do indivíduo, o que o leva a não conseguir assegurar o nível de produtividade, aumenta o absentismo, fragiliza as relações o que progressivamente condiciona a comunicação com a equipa e todos os intervenientes no contexto.

Maslach e Jackson (1984) mostraram, através dos seus estudos, que o facto que levava á rotatividade, principalmente em profissionais que trabalham com equipas, está relacionado com os níveis de Burnout. Estar de forma continuada em contacto com situações indutoras de stress potencia sentimentos de incompetência, levando à ansiedade e depressão (Murcho et al. 2009)

Consequências do *Burnout*:

- Saúde mental e física: vários estudos indicam que o *Burnout* provoca várias perturbações entre as quais: síndrome de ansiedade, perturbações depressivas, síndrome de esgotamento, doenças psicossomáticas, agravamento de neuroses latente, aparecimento de surtos psicóticos e toxicodependência (Nieto, 2009).
- Desequilíbrio que é provocado pela Síndrome de Burnout conduz muitos profissionais a procurarem uma catarse, compensações, adquirindo ou aumentando o comportamento aditivo. É nesta circunstância que poderá referir-se a propensão do indivíduo em iniciar ou aumentar o consumo do tabaco, das bebidas alcoólicas, do café, de psicofármacos. Acresce ainda a identificação de alteração de comportamentos com distúrbios alimentares e o jogo ilícito (Fernandez,1993).
- Distúrbios psicossomáticos ao nível do sistema muscular, com lombalgias, cervicalgias e tensão muscular;
- Sistema gastrointestinal, com dificuldade em deglutir, diarreia, náuseas, vómitos, alteração da digestão, obstipação, aerofagia, secura da boca e falta de apetite;
- Sistema imunológico, pela diminuição da produção de anticorpos, diminuindo também a resposta a situações inflamatórias
- Alterações no aparelho fonatório, com afonia e no aparelho respiratório com hiperventilação
- Alterações cutâneas
- Sistema cardiovascular, surgimento de hipertensão arterial essencial
- Sexualidade, com desinteresse sexual, disfunção erétil, ejaculação precoce e dispareunia
- Sistema reprodutor, com diminuição do número e da mobilidade dos espermatozoides, amenorreia, dismenorreia e interrupção espontânea da gravidez

- Generalização de um estado de fadiga, cansaço e debilidade, sintomas que não são eliminados apenas com descanso (Fernandez, 1993)

No caso de um profissional estar perante um processo de Burnout o mesmo deverá ser afastado do exercício das suas funções profissionais e ser submetidos a algumas técnicas de intervenção em estágio de *Burnout*.

No que se refere ao estágio de *Burnout*, esta síndrome passa por doze fases/estágios:

- Necessidade de afirmação pessoal e evidência
- Dedicção intensificada, necessidade de absorver todo o trabalho sozinho
- Afastamento e anulação das necessidades e hábitos individuais/pessoais (alimentação, sono, sair com os amigos)
- Adiar discussão/conflitos, em situação com que não concorda, opta por não identificar o problema, não o enfrentando. Neste caso ocorrem as manifestações físicas
- Alteração dos hábitos e valores, dá-se processo de isolamento. Deixa de ter importância o que anteriormente ocupava lugar de relevo, desvaloriza o lazer, casa, amigos, e a única medida da autoestima é o trabalho
- Negação face aos problemas, tudo à sua volta é desvalorizado, os outros são vistos como incapazes. Os contatos sociais são evitados, a crítica e a agressão começam a ser recorrentes
- Isolamento
- Mudanças evidentes de comportamento
- Despersonalização
- Vazio interior
- Depressão, sinais de desespero e exaustão, perda de objetivos e sentido de vida
- Esgotamento físico e psicológico

Quando o profissional se encontra nesta situação torna-se emergente recorrer a ajuda médica e psicológica com urgência uma vez que está em causa a manutenção do bem-estar do indivíduo, que por si só tem um preço inigualável do ponto de vista pessoal. Várias são as patologias associadas e consequentes como doenças coronárias, distúrbios alimentares, dispepsia, úlceras e problemas psicopatológicos consequentes, como, por exemplo, a depressão, são as mais recorrentes. O indivíduo torna-se suscetível e permeável à doença com redução das defesas, além de estar associado a práticas de saúde pouco saudáveis que

originam patologias como o consumo de álcool, reduzido exercício físico, tabagismo, hábitos alimentares errados (Stroebe, 1995).

Desta forma a síndrome potenciará um comprometimento da sua saúde física e mental, cognitiva, emocional e comportamental, com elevada incidência quer ao nível de relações pessoais como profissionalmente tendo atualmente um papel considerável no que diz respeito aos grandes e impactantes problemas quer psicossociais quer económicos (Frasquilho, 2005; Grazziano, 2010).

No entanto esse custo expande-se para além dos seus efeitos a nível da saúde e bem-estar individual uma vez que, a nível económico, poderá representar custos diretos e indiretos elevados. A perda de produtividade representa um custo direto enquanto que, relativamente aos custos indiretos, estes refletem na instabilidade na equipa de trabalho, aumento do stress e risco de Burnout entre os restantes profissionais (Kaschka, 2011).

3.4. Avaliação MBI – Burnout

A Síndrome de Burnout foi objeto de várias investigações. Christina Maslach e Susan Jackson destacaram-se por terem desenvolvido nos anos 70 uma investigação durante 5 anos que resultou na criação, com base científica, de um modelo de *Burnout*. Desenvolveram também um instrumento de avaliação do *Burnout*, denominado MBI – Maslach Burnout Inventory.

Para Maslach & Jackson, o MBI pretende avaliar a forma como os profissionais identificam e percebem o seu trabalho, tendo como objetivo uma abordagem multidimensional e mensuração de três dimensões conceituais da síndrome: exaustão emocional, despersonalização e redução ou mesmo falta de envolvimento pessoal no trabalho. Desenvolvido através de uma estrutura de questionário com 22 afirmações acerca de atitudes, sentimentos, a serem respondidas através de uma escala do tipo Likert, com classificação de “0” significando como “nunca”, até “6” representando “todos os dias”.

As três dimensões estabelecidas da síndrome definem-se da seguinte forma:

- Exaustão emocional: equivalem à existência de sensações de fadiga em que o profissional entende que suas energias estão esgotadas e que não pode dar mais de si mesmo e manter-se em atividade laboral. Esta dimensão é a que mais se assemelha a uma variável de stress. O profissional tem a percepção de não ter condições de manter a sua capacidade de desempenho exigível. A exaustão é a característica principal do Burnout, sendo a sintomatologia mais referida. Acarreta, para além da sensação experienciada, atitudes do profissional que

conferem distanciamento emocional e cognitivo do trabalho de forma a lidar com a exigência laboral (Teixeira, et al, 2013).

- **Despersonalização:** o trabalhador estabelece um afastamento emocional e empático, designado por cinismo, ironia, atitudes negativas e de distanciamento em relação a terceiros do contexto profissional (colegas, pacientes, dirigentes); criam de si próprios imagens disruptivas. É considerada uma defesa inconsciente da carga emocional consequente do contacto com terceiros, tornando os seus contactos com o outro caracterizados por contactos insensíveis. O profissional adota uma postura que não permita o impacto negativo dos problemas dos outros. Poderá caracterizar-se por uso de cinismo, rigidez ou ignorar a necessidade do outro. Implica uma redução da realização pessoal e uma valorização negativa da sua própria imagem ou competências relativamente aos objetivos e/ou resultados obtidos (Costa, 2009).
- **Redução ou ausência de envolvimento nas funções:** a perceção de si mesmo é pautada por apreciação redutora e negativa da sua competência e capacidade de desempenho de funções, normalmente está relacionada com sentimentos de incompetência. Apresenta-se como uma mistura entre insatisfação que o profissional percebe de si mesmo e com a concretização das suas tarefas, crescendo em si sensações de incompetência, aumento de baixa autoestima.

A realização no trabalho é referida em diversos estudos como estando relacionada na mesma intensidade com o Burnout (Polikandrioti,2009).

Inicialmente o questionário avaliava a intensidade e a frequência das respostas com uma escala de pontuação do tipo Likert, variando de 0 a 6 (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997). Realizada uma segunda edição do instrumento de avaliação, concretizada em 1986, deu-se a redução dos itens, com diminuição da escala de intensidade, tendo passado a ser utilizada apenas a avaliação da frequência, uma vez que foi aferida a existência de elevada simetria entre as duas escalas, sendo que muitos estudos apontaram correlação superior a 0,80 (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, 1993; Moreno e cols., 1997).

Atualmente existem três versões de MBI disponíveis: uma versão original para profissionais da área da saúde: MBI-HSS - Human Services Survey; a versão adaptada para docentes/ professores/ educadores: MBI-ES - Educators Survey (este diferencia-se apenas nos itens relativos aos usuários aos quais as atividades são direcionadas: pacientes ou alunos) e uma terceira edição que em 1996 foi publicada por Maslach, Jackson & Leiter abrangendo profissionais de outras áreas profissionais. Esta última é uma versão reduzida de 16 itens,

que avalia as três dimensões do *Burnout*, considerada uma versão geral, MBI-GS - General Survey.

É transversal a todas as versões de MBI a existência de pontuações para as três dimensões de *Burnout*, em que as pontuações podem ser correlacionadas com outras informações dos profissionais, como é o caso das características do contexto de trabalho que desempenham, *performance* profissional, personalidade ou medidas de atitudes, informação acerca do estado de saúde e dados demográficos e a especificidade das suas funções concretas.

Destaca-se ainda que para avaliar a síndrome, pode não ser necessária/obrigatória a aplicação do MBI ou outro instrumento, podendo um psicólogo com vasto conhecimento da temática, através do uso de entrevistas com o paciente e com outros elementos próximos, como colegas de trabalho e membros da família, conseguir fazer uma avaliação dos sintomas e das condições organizacionais do indivíduo, com o respetivo diagnóstico das condições psicológicas, aferindo a extensão e gravidade da situação.

Em pesquisa do Internacional Stress Management Association (Isma), o Brasil está em 2º lugar, com 70% da população sendo acometida em nível de stresse, deste total, quase a metade (30% da população) está com a Síndrome de Burnout (Isma-BR,2017).

As pesquisas sobre Burnout apresentam grandes estudos na América do Norte e Europa, no Brasil são muito escassos os estudos acerca dessa temática, mostrando a importância da agenda de pesquisa acerca do Burnout e da importante repercussão a nível mundial (Carlotto e Câmara,2008).

Em Portugal foi realizado uma pesquisa com inquérito a 1146 trabalhadores portugueses, realizado entre janeiro e fevereiro de 2018.

43% dos profissionais em risco de desenvolver a Síndrome de Burnout são empregados de lojas ou supermercados e em segundo lugar os profissionais de saúde, com 39% (Deco Proteste,2018).

A nível nacional, entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram *burnout* moderado e 47,8% *burnout* elevado (MARÔCO et al., 2016).

3.4. Diferença entre Stress e Burnout

Ambos possuem conceitos que, embora distintos, se podem cruzar. Não obstante, as suas diferenças devem ser identificadas. A evolução conceptual dos termos stress e *Burnout* define as suas diferenças, no entanto várias críticas indicam a sua falta de clareza e

objetividade. O stress e o Burnout estão relacionados, embora para alguns autores existam fatores que os diferenciam.

Assim, Maslach e Schaufeli (1993), Schaufeli e Buunk (2003) e Gil-Monte e Peiró (1997) relatam o seguinte:

- stress surge como uma adaptação temporária limitada no tempo / *Burnout* é uma continuidade, surgindo quando os fenómenos de adaptação deixam de ser eficazes. *Burnout* implica permanência do stress profissional, ocasionando uma disfunção
- stress aciona mecanismos de *coping* reduzindo o mal-estar e a sintomatologia / *Burnout* surge porque o *coping* disfuncional mediado pela despersonalização agrava os sintomas de *Burnout*
- *Burnout* apresenta aspetos relacionados com o facto de ser conceptualizado em três dimensões / stress não
- stress relaciona-se com exaustão emocional / *Burnout* acresce despersonalização e diminuição da realização pessoal
- stress pode ser experienciado por todos os indivíduos podendo ser fundamental para a sobrevivência / *Burnout* tem sempre consequências negativas

Para além dos instrumentos e métodos de avaliação existentes, é possível intervir na Síndrome de Burnout através de estratégias de *coping*.

Às ações desenvolvidas para a intervenção nos casos de Síndrome de Burnout, para domínio de situações e adaptação, designa-se o termo *coping*, embora, segundo Lazarus e Folkman (1984) e Moss e Billings (1984), deve referenciar-se falando de estratégias ou processos de *coping*, em vez de respostas de *coping*.

A sua definição assenta no conjunto de todos os esforços de controlo a que se possa recorrer, sem considerar as consequências, ou seja, é uma resposta às situações causadoras de stress (biológico ou psicossocial) com o objetivo de diminuir ou eliminar as suas capacidades adversas. É, segundo Lazarus (1993), um processo com objetivos definidos, no qual o indivíduo define e limita os seus pensamentos e comportamentos com o propósito de resolver as fontes de stress, potenciando o controlo das reações emocionais.

Alguns autores enquadram o conceito de *coping* traduzindo-o em expressões como “formas de lidar com”, ou “estratégias de conforto” relativamente a situações de dano, ameaça e desafio (Serra, 2002).

Jesus (2000, cit. Lazarus & Folkman, 1984) apresenta uma contextualização mais global e abrangente designando o *coping* como um conjunto de esforços comportamentais constantes e mudanças cognitivas, adaptações para fazer face às exigências internas ou externas que excedem os recursos adaptativos do profissional.

A sua superação pode, segundo Alves (1995), fazer-se representar pela adoção de estratégias de *coping*, de três diferentes formas: pelo afastamento de ocorrências ou situações que conferem desafios, pelo domínio da percepção e da razão da ocorrência ou das suas consequências.

Assim, não nos devemos descuidar que a estratégia mais acertada depende da situação ou ocorrências específicas, devendo, numa perspetiva relacional, identificar-se aquelas que se revelem mais ajustadas para a resolução de situações específicas (Jesus, 2000).

No entanto, existem estratégias, principalmente aquelas que são centradas nas emoções, que têm sido associadas a valores de *Burnout* mais elevados.

De acordo com Shirom e Melamed (2006), o fenómeno de *Burnout* é uma situação em que o profissional se encontra fragilizado e diminuído emocionalmente. Desta forma, e como consequência do *Burnout*, acontece a diminuição ou abolição dos recursos individuais de *coping* devido à permanência desgastante da exposição dos profissionais a situações de stress profissional crónico e de episódios e ocorrências stressantes. (Melamed, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006; Shirom, 1989, 2003).

Thorton (1992) e Etzion e Pines (1986) identificaram fatores que confirmam que as estratégias de *coping* inativas, como é o caso do escape, a evitação e a medicação, apresentam uma relação positiva com o *Burnout*. Revelam ainda que um nível reduzido de *Burnout* possibilita ao profissional reagir e enfrentar situações desafiantes, como tal stressantes, ao invés de níveis elevados de *Burnout*, que incidem no profissional de forma redutora e limitativa de redução de energia e competências.

Sendo a síndrome considerada multicausal, os seus sintomas devem ser submetidos a uma intervenção em diferentes níveis, ressaltando-se especificamente a autoconfiança, autogestão, bem como o autocuidado. No que concerne à autoconfiança, considera-se como um antecessor ao *Burnout*, relacionada com a crença de sucesso e de ser bem-sucedido. Por sua vez a autogestão indica a capacidades de cuidarem de si mesmos e/ou de o passar a fazer. Por último, relativamente ao autocuidado, existem estratégias que devem ser reforçadas e onde se destacam os cuidados e opções de saúde que adotam quer para si quer para sua família (Kaschka, 2011).

Lazarus (1993) apresenta de forma breve a definição das estratégias de tratamento, identificando o seguinte:

- Desenvolve-se a discussão acerca das estratégias de *coping* para situações específicas ou de estratégias selecionadas aleatoriamente, indicando o autor que podem ambas ser compatíveis e adotadas
- Depende da avaliação acerca do que deve ser feito para modificar a situação. Caso se entenda necessário atuar, então as estratégias centradas no problema predominam ou, caso contrário, a avaliação revele que nada pode ser feito, predominarão as estratégias centradas nas emoções
- Existe uma manutenção nas ocorrências geradora de stress, como é o caso das situações de trabalho, de saúde ou das relações familiares
- A estratégia de *coping*, como é o caso do pensamento positivo no que concerne às situações, parece ser relativamente estável e dependente em larga medida da personalidade do profissional, enquanto a procura de orientação por um técnico manifesta-se como instável e depende consideravelmente do apoio social
- As estratégias de *coping* modificam-se com o cenário de uma situação de stress complexa para outro

Embora seja transversal a todas as profissões, com maior relevo junto dos profissionais de saúde, existe especificamente a necessidade de se reconhecer a existência de problemas no foro da especialização da profissão de Médico-Dentista com vista a serem definidas medidas preventivas visando reduzir situações potenciadoras de distúrbios psicológicos.

Trazer o tema para a discussão durante a formação dos profissionais, dando-se lugar e voz, quer incluindo-o em programas formativos académicos como durante o exercício profissional. Poderia assim criar-se a perceção de partilha e entendimento quanto a sentimentos comuns, desmistificando algumas questões (Martins, 2003).

3.5. Intervenção no Burnout

Para além dos instrumentos e métodos de avaliação existentes, é possível intervir na Síndrome de Burnout através de estratégias de *coping*.

Às ações desenvolvidas para a intervenção nos casos de Síndrome de Burnout, para domínio de situações desencadeadoras de desgastes físicos e emocionais, designa-se o termo *coping*, embora, segundo Lazarus e Folkman (1984) e Moss e Billings (1984), deva fazer-se

referência falando de estratégias ou processos de *coping*, em vez de respostas de *coping*, como já referido.

A sua definição assenta no conjunto de todos os esforços de controlo a que se possa recorrer, sem considerar as consequências, ou seja, é uma resposta às situações causadoras de stress (biológico ou psicossocial) com o objetivo de diminuir ou eliminar as suas capacidades adversas. É, segundo Lazarus (1993), um processo com objetivos definidos, no qual o indivíduo define e limita os seus pensamentos e comportamentos com o propósito de resolver as fontes de stress, potenciando o controlo das reações emocionais.

Alguns autores enquadram o conceito de *coping* traduzindo-o em expressões como “*formas de lidar com*”, ou “*estratégias de conforto*” relativamente a situações de dano, ameaça e desafio (Serra, 2002).

Jesus (2000) e Lazarus & Folkman (1984) apresentaram uma contextualização mais global e abrangente designando o *coping* como um conjunto de esforços comportamentais constantes e mudanças cognitivas, adaptações para fazer face às exigências internas ou externas que excedem os recursos adaptativos do profissional.

A sua superação pode, segundo Alves (1995), fazer-se representar pela adoção de estratégias de *coping*, de três diferentes formas: pelo afastamento de ocorrências ou situações que conferem desafios; pelo domínio da perceção e da razão da ocorrência ou das suas consequências refazendo a possível crença; pelo domínio e controlo das reações.

Assim, não devemos descuidar que a estratégia mais acertada depende da situação ou ocorrências específicas, devendo, numa perspetiva relacional, ser identificadas aquelas que se revelem mais ajustadas para a resolução de situações específicas (Jesus, 2000). No entanto, existem estratégias, principalmente aquelas que são centradas nas emoções, que têm sido associadas a valores de *Burnout* mais elevados.

De acordo com Shirom e Melamed (2006), o fenómeno de *Burnout* é uma situação em que o profissional se encontra fragilizado e diminuído emocionalmente. Desta forma, e como consequência do *Burnout*, acontece a diminuição ou abolição dos recursos individuais de *coping* devido à manutenção desgastante de exposição dos profissionais a situações de stress profissional crónico e de episódios e ocorrências stressantes (Melamed, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006; Shirom, 1989, 2003).

Thorton (1992) e Etzion e Pines (1986) identificaram fatores que confirmam que as estratégias de *coping* inativas, como é o caso do escape, a evitação e a medicação, apresentam uma relação positiva e com o *Burnout*. Revelam ainda que um nível reduzido de

Burnout possibilita ao profissional reagir e enfrentar situações desafiantes, como tal stressantes, ao invés de níveis elevados de *Burnout*, que incidem no profissional de forma redutora e limitativa de redução da energia e competências.

Sendo a síndrome considerada multicausal, os seus sintomas devem ser submetidos a uma intervenção em diferentes níveis, ressaltando-se especificamente a autoconfiança, autogestão, bem como o autocuidado. No que concerne à autoconfiança, considera-se como antecessor ao Burnout, relacionado com a crença de sucesso e de ser bem-sucedido. Por sua vez a autogestão indica a capacidade de cuidarem de si mesmos e/ou de o passar a fazer. Por último, relativamente ao autocuidado, existem estratégias que devem ser reforçadas e onde se destacam os cuidados e opções de saúde que adotam quer para si como para sua família (Kaschka,2011).

Lazarus (1993) apresenta de forma breve a definição das estratégias de tratamento, o conceito de *coping*, identificando o seguinte:

- Discussão acerca das estratégias de *coping* para situações específicas ou de estratégias selecionadas aleatoriamente, indicando o autor que podem ambas ser compatíveis e adotadas
- Depende da avaliação acerca do que deve ser feito para modificar a situação. Caso se entenda necessário atuar, então as estratégias centradas no problema predominam ou, caso contrário, a avaliação revela que nada pode ser feito, predominarão as estratégias centradas nas emoções
- Existe uma manutenção nas ocorrências geradora de stress, como é o caso das situações de trabalho, de saúde ou das relações familiares

O Burnout, embora atinja a todas as profissões, com grande relevo junto dos profissionais de saúde, existe especificamente a necessidade de se reconhecer a existência de problemas no foro da especialização da profissão de Médicos-Dentistas com vista a serem definidas medidas preventivas visando reduzir situações potenciadoras de distúrbios psicológicos.

III. Conclusão

O presente trabalho acerca da Síndrome de Burnout teve como objetivo reunir informações que contribuíssem para uma possível reflexão acerca da problemática desta síndrome.

Apesar de ainda não lhe ser conferido a importância que merece, o Burnout atualmente pode vir a representar um grande problema de Saúde Pública e no futuro ser alvo da atenção que lhe é devida: diagnóstico, tratamento e prevenção.

Durante a realização deste trabalho, a Síndrome de Burnout ganhou enorme divulgação dado que a Organização Mundial da Saúde (OMS) o incluiu na CID, Classificação Internacional de doenças/2019.

Foi verificado numa investigação que, na generalidade, o perfil de um profissional de medicina dentária com Síndrome de Burnout é: homem solteiro, idade média de 27 anos, nos seus primeiros anos de trabalho e que combina estudos com 30 horas de prática clínica (Escoda C. 2008).

A sobrecarga de horários, as condições físicas laborais, carga emocional e de exigências constantes, para além da realidade profissional, podem conduzir ao *Burnout*.

No entanto, os indivíduos não são todos iguais, e cada ser humano é distinto no que se refere aos seus níveis de competências e resiliência emocional face aos seus níveis de fragilidade e grau de vulnerabilidade. Desta forma pode dizer-se que alguns profissionais de saúde apresentam maior suscetibilidade ao *Burnout* do que outros.

A prevenção, gestão de conflitos, estratégias individuais e tratamento são fundamentais para o bem-estar geral do profissional e qualidade do seu trabalho.

As estratégias de *coping* apresentam-se como reguladoras e preventivas no que diz respeito à evolução da síndrome. No entanto, saliente-se que, independentemente dos seus benefícios, todas as técnicas que possam existir não substituem a ajuda ou tratamento especializado, sendo importante neste contexto a atuação de um Psicólogo dentro de uma empresa/clínica/hospital/centro de saúde.

Em suma, urge que estes profissionais façam pausas adequadas durante o seu serviço, pratiquem exercício, tenham acesso a serviços terapêuticos dirigidos aos profissionais de saúde e recebam apoio de toda a organização e sociedade e sobretudo que se mantenham e sejam informados.

Um tema com impacto tão prometedora no Futuro na área da Saúde Pública necessitará de mais investigação. Aqui fica um caminho inspirador, devidamente assinalado para as próximas gerações de Médicos-Dentistas desenvolverem.

IV. Bibliografia

Aguiar, R. L. B., Aguiar, M. C. M., & Mercês, M. C. (2018). Síndrome de Burnout em estudantes de medicina de universidade da Bahia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(2), 267-276. doi: 10.17267/2317-3394rpds.v7i2.1893

Alves, M. Z.,(1995). Stress na vida escolar dos estudantes. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.

Amorim, S. et al., (2008). Síndrome de Burnout em enfermeiros captadores de órgãos de doadores cadáveres para transplante: um estudo preliminar. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*; 53(1):1-5

Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. e Bayés, R. (1997). Suporte emocional desde el equipo interdisciplinario. Em: L. M. Torres (ed.), *Medicina del dolor*. pp. 389-396. Masson. Barcelona.

Awajeh AM, Issa MR, Rasheed AM, Amirah MF (2018) Burnout among Critical Care Nurses in King Saud Medical City (KSMC). *J Nurs Care* 7: 450. doi:0.4172/2167-1168.1000450

Balogun, J. A., Helgemoe, S., Pellegrini, E., & Hoeberlein, T. (1995). Test-retest reliability of a psychometric instrument designed to measure physical therapy students' burnout. *Perceptual and motor skills*, 81(2), 667-672. doi:10.2466/pms.1995.81.2.667

Baum, A., Grunberg, N. & Singer, J. E. (1982). The use of psychological and neuroendocrinological measurements in the study of stress. *Health Psychology*, 1, 217-223.

Benach, J., Gimeno, D. e Benavides, F. G. (2002). Types of employment and health in the European Union. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin.

Benevides P.A.M.T. (2002). Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. Em: Benevides P.A.M,T. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. pp. 21-91. Editora Casa do Psicólogo. São Paulo.

Berjot, S., et al. (2017). Burnout risk profiles among French psychologists. *Burnout Research* 7 , 10–20

Bernick, V. (1997). Stress: the silent killer. *Revista Eletrônica Cérebro e Mente*, n.º 3, set./nov.

Boo, Y., et al. (2018). Stress and Burnout syndrome in health-care providers treating dengue infection: A cross-sectional study. *Med J Malaysia* Vol 73 No 6.

Braithwaite, M. (2008). Nurse burnout and stress in the NICU. *Advances in Neonatal Care*; 8(6): 343-347

Campos, J. et al. (2012). Síndrome de Burnout em graduados de Odontologia. *Ver Bras Epidemiol*; 15(1): 155-65

Campos, J. et al. (2013). Burnout in dental students: effectiveness of diferente methods. *Ver Odontol UNESP*. 42(5): 324-329

Campos, R.G.D. (2005). Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Carlotto MS. O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem. *Rev. SBPH*. 14(1): 165-185.

Carreira, D., (2009). A Síndrome de Burnout nos médicos dentistas em Portugal. Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de ciências da Saúde. Porto.

Carvalho AS. (1938). História da Estomatologia. Dentes, Dentistas e Odontólogos. *Rev Port de Est*, nº 12, 45:56.

Cherniss, C. (1980). Staff burnout. Job stress in the human services. Sage Publications. Londres.

Chiavenato, Idalberto. Gerenciando Pessoas: o passo decisivo para a administração participativa. São Paulo: Makron Books, 1989.

Christofoletti, G., Trelha, C.S., Galera, R.M. e Feracin, M.A. (2007). Síndrome de burnout em acadêmicos de fisioterapia. Disponível em : <http://regional.bvsalud.org/>. Biblioteca Virtual de Saúde, 14(2): 35-39. Acedido a 10 maio de 2019 2008.

Cooper, CL, & Marshall, J. (1976). Fontes ocupacionais de estresse: Uma revisão da literatura relacionada à doença coronariana e doença mental. *Journal of Occupational Psychology* .

Cordes, C. L.; Dougherty, T. W. (1993). A review and a integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.

Costa M. Burnout nos médicos. (2009). Perfil e enquadramento destes doentes. Universidade do Porto.

Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ríos. (2004). El burnout a síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Universidad de Almería, España)

David, J. et al. (2018). The relationship between burnout, personality traits, and medical specialty. A national study among Dutch residents. *Medical Teacher*, DOI: 10.1080/0142159X.2018.1514459

Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Climepsi Editores. Lisboa.

Díaz, BF, López, SA e Varela, AM (2012). Fatores associados à síndrome de burnout em professores de escolas da cidade de Cali, Colômbia. *Universitas Psychologica*.

Drutman, J. (2001). Burnout o el “incendio” de los trabajadores de la salud. *Revista Odontologia Ejercicio Profisional*. Vol.2, nº 18.

Edwards, D. & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (2), 169-200.

Edwards, D., e Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2): 169-200.

Elshaer, N., et al. (2018). Job Stress and Burnout Syndrome among Critical Care Healthcare Workers Alexandria. *Journal of Medicine* 54 , 273–27

Etzion, D.; Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and *coping* among human service professionals: a psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17, 191-209.

Everly, G.S. (1979). *Strategies for coping with stress: An assessment scale*. Washington, DC: Office of Health Promotion, Department of Health and Human Services.

Fernandes MG., Carvalho MS.,Caroça MM.,Thiago Marques MM.,Mello A., Rodrigues MC. XV (1906) Congrès International de Medecine. Lisbonne. Section XII. Rhino- Laryngologie. Otologie – Stomatologie.

Finney, C., Stergiopoulos, E., Hensel, J., Bonato, S., & Dewa, C. (2013). Estressores organizacionais associados ao estresse no trabalho e burnout em agentes penitenciários: uma revisão sistemática. *BMC Public Health*.

Folkman, S. e Lazarus, R.S. (1984). Personal control and stress and *coping* processes. A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 839-2.

França, A. C. L. & Rodrigues, A. L. (1997). *Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.

Frasquilho M. (2005). Medicina, médicos e pessoas. Compreender o Stress para prevenir o Burnout. Acta Médica Portuguesa.

Frasquilho M. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Frasquilho, M. (2009). Stresse. In Filho, H. C. & Borges, C. F. (Coord.). *Stresse, depressão e suicídio – Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar*

Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. Journal of Social Issues. (1974); 30: 159-165. Keefe, J. (1988). Stress-coping skills: announce of prevention in direct practice. *Social Casework*, 69, 475-482.

Fuente-Solana, E. et al. (2017). Burnout and its relationship with personality factors in oncology. *European Journal of Oncology Nursing* 30, 91–96

Gil-Monte, P. e Peíro, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. 1ª Edição. Sintesis. Madrid. Disponível em: <http://monografias.com>.

Gomes O. (2013). Stress, avaliação cognitiva e burnout: um estudo com professores do ensino superior. *Revista Sul Americana de Psicologia*.

Gomes, A., Melo, B., & Cruz, J. F. (2000). Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses. In J.F. Cruz, A.R. Gomes & B. Melo (Eds.). *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: SHO – Sistemas Humanos e Organizacionais.

Grazziano S e Bianchi F. (2010). Impacto del Estrés Ocupacional y Burnout en enfermeros. *Enfermería Global*.

Guedes, A. B. (2008). Melhor Hotelaria com segurança e saúde no trabalho. Disponível em: <http://www.act.gov.pt/SiteCollectionDocuments/BolsaTextosSHST/MelhorHotelariaSegurancaSaudeTrabalho.pdf>

Guy de Chauliac's Surgery. Avignon, 1460.

Hallström, C. & McClure, N. (2005). *Depression: Your Questions Answered*. New York: Churchill Livingstone.

Iwasaki K, Takahashi M, Nakata A. (2006). Problemas de saúde devido a longas jornadas de trabalho no Japão: jornada de trabalho, compensação dos trabalhadores (karoshi) e medidas preventivas. *Saúde Industrial*.

Jesus, S. N. (2000). Motivação e formação de professores. Coimbra: Quarteto Editora.

Karasek, R.A., e Theorell, T. (1990). Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, Inc. New York.

Kaschka P, Korczak D, Broich K. (2011). Burnout: a fashionable diagnosis. Deutsches Arzteblatt International.

Keefe, J. (1988). Stress-coping skills: announce of prevention in direct practice. *Social Casework*, 69, 475-482.

Landsbergis P. (2004). Longas horas de trabalho, hipertensão e doença cardiovascular. Cad. Saúde Pública. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600035&lng=en .

Langade, D., Modi, P. D., Sidhwa, Y. F., Hishikar, N. A., Gharpure, A. S., Wankhade, K., Langade, J., ... Joshi, K. (2016). Burnout Syndrome Among Medical Practitioners Across India: A Questionnaire-Based Survey. *Cureus*, 8(9), e771. doi:10.7759/cureus.771

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (Ed.), *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp. 11-29). Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estresse e processos cognitivos*. México: Editorial Martínez Roca.

Leiter, M. e Maslach, C. (2000). Preventing Burnout and Building Engagement. Jossey-Bass. San Francisco.

Lima, A. D. F., & Farias, F. L. R. (2005). O trabalho do cirurgião-dentista e o estresse: considerações teóricas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18(1), 50-54. doi:10.5020/18061230.2005.

Lopes, A. (2018). Burnout, empatia e autoeficácia em estudantes de Enfermagem em universidades estaduais do Paraná. Brasil.

Macêdo, A. et al. (2018). Estresse Laboral em Profissionais da Saúde na Ambiência da Unidade de Terapia Intensiva. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 42, p. 524-547, ISSN 1981-1179

Marcelino, D. & Figueiras, M. (2012). Sintomatologia associada ao trauma após a técnica da escrita terapêutica: um estudo exploratório com bombeiros portugueses. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 95-107

Martínez et al. (2008): The burnout syndrome and associated personality disturbances. The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona. *Med Oral Patol Oral Cir. Bucal*. 13(7):E444-50

Martins L. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina no Trabalho*. 2003.1(1):56-68.

Martins, C. et al. (2017). Situações indutoras de stress e burnout em estudantes de enfermagem nos ensinos clínicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL* 5.

Maslach C, Jackson SE. (1981). *Maslach Burnout Inventory. Research manual*, second edition. Consulting Psychologist Press: Palo Alto, 1986. Maslach & Jackson.

Maslach C, Leiter MP. (1993). *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa*. Campinas: Papyrus; 1997 Maslach & Schaufeli,

Maslach C. (2000). Burnout: a multidimensional perspective. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. (Orgs.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* Washington DC: Taylor & Francis, 1993, p. 19-32. Maslach,

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied social psychology annual*, 5. Sage, Beverly Hill Melamed, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006

Maslach, C., e Leiter, MP. (1997). *The truth about Burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass. San Francisco.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397

Mata, C., Machado, S., Moutinho, A., Alexandra, D.. (2016). Estudo PreSBurn: prevalência da síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Geral Fam*; 32:179-86

Mendes, P., Cardoso, V., Yaphe, J. (2017). Stress e Burnout em internos de medicina geral e familiar da zona norte de Portugal: estudo transversal. *Rev Port Med Geral Fam.*; 33:16-28

Mickler, S. e Rosen, S. (1994). Burnout in spurned medical caregivers and the impact of job expectancy training. *Journal of Applied Social Psychology*.

Montero-Marin et al. (2011). Burnout Syndrome among dental students: a short version of the “Burnout Clinical Subtype Questionnaire” adapted for students (BCSQ-12-SS). *BMC Medical Education* 11:103.

Moos, R. H.; Shaefer, J. A. (1993). Coping Resources and Processes: current concepts and measures, in *Handbook of stress*, L. Goldberger e S. Breznitz (eds.). New York: Free Press.

Moss, R.H.; Billings, A. (1984). Conceptualizing and Measuring Coping Resources and Process. In: Goldberger, L.; Breznitz, S. *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects*. New York, Free Press, 212-230.

Moreno Jiménez, B., Bustos, R.R., Matallana, A.A., e Mirrales, C.T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*.

Moukarzel, A., et al. (2019). Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. *Hindawi BioMed Research International* Volume, Article ID 6462472, 10 pages <https://doi.org/10.1155/2019/6462472>

Murcho, N.A.C., Jesus, S.N., e Pacheco, J.E.P. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1): 57-68.

Murta, S.G. e Tróccoli, B.T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. . *ScieloScientific Electronic Library Online*, 24: 41-1. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acedido em 22 de abril de 2019

Nascimento CL Sobrinho, Barros DS, Tironi MOS, Marques ES Filho. (2010) Médicos de UTI: prevalência da síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev Bras Educ Med*. doi: 10.1590/S0100-55022010000100013

Neto, A., (2018). A Síndrome de Burnout entre profissionais de enfermagem: um estudo observacional em um hospital da rede SUS. Brasil.

Nieto, J.M. (2009). Como evitar e superar o stress docente: estratégias para controlar situações de conflito nas salas de aula. K Editora. Sintra.

Nowacka, A., et al. (2018). Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska—Preliminary Results. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15, 2083; doi:10.3390/ijerph15102083

O'Brien, G. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. Em: J. Buendía (ed.), *Estrés laboral y salud*. pp. 61-77. Biblioteca Nueva. Madrid.

Ojeda, B., Ramal, J., Calvo, F. e Vallespín, R. (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Psiquis*, 3: 155-168.

Oliveira, A. (2018). Estresse, Síndrome de Burnout e qualidade de vida em estudantes de medicina que utilizam metodologia ativa de ensino-aprendizagem: um estudo transversal. Aracaju. Brasil.

OMS (2019). Estresse no local de trabalho; algumas perguntas e respostas simples. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/.

Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH (1994). Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. 238 Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 272: 1367–1371.

Peiró, J. M. e Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Eudema. Madrid.

Pereira, A. M. T. B. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*, São Paulo, Casa do Psicólogo

Pereira, S., et al. (2014). Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV – nº3 – nov./dez.

Pirillo et al. (2011). *The orthodontist burnout*. Elsevier Srl.

Polikandrioti M. (2009) Burnout syndrome. *Health Science Journal*.

Porto, G.G. et al. Burnout syndrome in oral and maxillofacial surgeons: a critical analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* , Volume 43 , Issue 7 , 894 – 899

Posen, D. B. (1995). Stress Management for Patient and Physician. *Can. Continuing Med. Educ.*

Rada R, Leong C. (2004). Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *JADA*.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio, prevenção do stress no trabalho*. Ed. RH. Lisboa.

Reyes-Torres, M. et al. (2012). Job satisfaction and depression in the Spanish Society of Periodontology and Research (SEPA) members, and their relation to the burnout syndrome. Creation of a structural model Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Sep; 17(5): e821–e824.

Rios-Santos, JV. et al. (2010). Burnout and depression among Spanish periodontology practitioners. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Sep 1:15 (5):e813-9.

Ross, R.R., e Altmaier, E.M. (1994). Intervention in occupational stress: a handbook of counselling for stress at work. Sage. London.

Santos D. (2011) Burnout, estratégias de *coping* e qualidade de vida nos profissionais de saúde. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga.

Sanzovo, C.E. e Coelho, M.E.C. (2007). Estressores e estratégias de *coping* em uma amostra de psicólogos clínicos. Scielo-Scientific Electronic Library Online. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acedido em 9 de maio de 2019.

Selosse, J. (2001). *Dicionário de Psicologia*. In Doron, R., Parot., F. (2001). Lisboa: Climepsi.

Selye, H. (1936). The syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32-34.

Serra, A. V. (1989). Aspectos Históricos da Terapia Comportamental. *Psychologica*, 2, 1-16.

Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao *stress*. *Psiquiatria Clínica*, 21, 457-466.

Serra, A. V. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. (3ª ed.). Coimbra: Dinalivro Distribuidora Nacional de Livros, Lda

Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper & I. Robertson (Eds.), International review of industrial and organizational psychology (pp. 25- 48). New York: Wiley.

Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176–200.

Silva, A. et al. (2013). Percepção do estado de saúde, sintomas emocionais e musculoesqueléticos em cirurgiões-dentistas. Brasil. DOI:10.5585/ConsSaude.v12n3.4405. DOI:10.5585

Silva, E. A. T. & Martinez, A. (2005). Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior do estado de São Paulo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, vol.22, n.1, 53-61, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2005000100007&script=sci_arttext

Silva, S., et al. (2016). Relação entre resiliência e Burnout: promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº16.

Simoni, E., (2018). Prevalência da Síndrome de Burnout em enfermeiros de terapia intensiva e fatores associados. Brasil.

Soares, R., (2018). Burnout e fatores associados entre profissionais de enfermagem de hospital municipal no Rio de Janeiro. Brasil.

Sobral, R. et al. (2018). Burnout e a organização do trabalho na Enfermagem. *Rev Bras Med Trab.* ;16(1):44-52

Souza, E., (2018). Síndrome de Burnout em médicos residentes do hospital universitário da universidade federal do Maranhão. Brasil.

Stroebe W, Stroebe M.. (1995). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 9789727710645

Swingler GH, Volmink J, Ioannidis JP (2003). Number of published systematic 239 reviews and global burden of disease: database analysis. *BMJ* 327: 1083–1084.

Teixeira C, Fonseca A, Carvalho A. (2013). Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*. doi: 10.1186/1471-2253- 13-38.

Thorton, P. I. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health et.al.workers. *The Journal of Psychology*, 126, 261-271,.

Trindade, L., Lautert, L., (2010). Síndrome de Burnout entre os trabalhadores de Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*; 44(2):274-9

União, A., (2014). Stress e Burnout em Médicos Dentistas. Da epidemiologia à comparação de instrumentos de medida. Universidade Católica Portuguesa. Viseu.

Valero-Chillerón M., et al. (2019). Burnout syndrome in nursing students: An observational study, *Nurse Education Today*, Volume 76, Pages 38-43, ISSN 0260-6917

Vasconcellos, I. C. (2002). Estresse profissional. *Revista Brasileira de Odontologia*, 59(1), 67

Vasconcelos, EM, De Martino MMF. (2017). Predictors of burnout syndrome in nurses of an intensive care unit. *Ver Gaúcha Enferm*; 38(4):e65354

Vidotti, V. et al. (2018). Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Ver. Latino-Am. Enfermagem*; 26:e3022 DOI: 10.1590/1518-8345.2550.3022

Wilson, VJ. et al. Perceived stress among dental students at the University of Western Cape. *SADJ* 2015, Vol 70 no 6 p255- p259

Yela, J. R. (1996). Desgaste emocional, estrategias de afrontamiento y trastornos psicofisiológicos en profesionales de la enseñanza. *Boletín de Psicología*, 50,; 37-52.

V. Anexo

Anexo 1

Metodologia

O objetivo desta secção passa por apresentar a metodologia adotada e os resultados da revisão bibliográfica assente na temática subjacente visando a contextualização e validação do presente trabalho. Para a sua realização foi necessária a elaboração de uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos publicados e acedidos através da base dados eletrónicos PubMed, Medical Science e b-on, Google Académico e Scielo. aplicando o uso dos seguintes descritores: “*Burnout syndrome*” AND *dental*. Da listagem obtida foram selecionados os artigos (de revisão, científicos originais), tendo em atenção o conteúdo científico e relevância do resumo/abstract. À medida que o estudo foi evoluindo, foram também analisados artigos que constavam como referências dos artigos inicialmente pesquisados e, sempre que se tornaram relevantes face à temática, foram igualmente incluídos na bibliografia. Houve também consulta a páginas *web* internacionais e nacionais de referência.

A pesquisa inicial foi realizada através da utilização dos descritores apresentados na tabela seguinte:

Tabela 1. Artigos selecionados para cada descritor

DESCRITOR	RESULTADOS SELECIONADOS
Em Inglês:	
“ <i>Burnout Syndrome</i> ” AND <i>Dental</i>	6
“ <i>Burnout Syndrome</i> ” AND <i>Dentistry</i>	3
Em Português:	
“Síndrome de Burnout” AND Médicos Dentistas	3
“Síndrome de Burnout” AND Dentária	0

Tabela 2. Artigos selecionados na pesquisa final

DESCRITOR	RESULTADOS SELECIONADOS
Em Português:	
“Síndrome de Burnout” AND Medicina	10
Burnout AND Medicina	7
Em Inglês:	
<i>“Burnout Syndrome” AND Medical</i>	11

Anexo 2

Tabela 3. Publicações acerca do Síndrome de Burnout em profissionais ou estudantes de áreas de Medicina em língua inglesa. 2019

Autor	Data	País	Amostra	Resultados	Observações
Montero-Marin, et al.	2011	Espanha	314 estudantes de medicina dentária	Utilizado o BCSQ-12 Análise fatorial que suporta as propostas teóricas deste modelo de questionário	Foram demonstradas correlações com α -values superiores a 0.80 para todas as dimensões testadas
Martínez A, Aytés L, Escoda C.	2008		78 dentistas	Apenas 2 a 3% dos inquiridos apresentava Síndrome de Burnout Os cirurgiões orais eram quem apresentava maiores níveis de stress	Utilizou-se o Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach e questionários de personalidade de sociodemográficos Demonstrou-se que na generalidade, o perfil de um profissional de medicina dentária com Síndrome de Burnout é: Homem solteiro, idade média de 27 anos, nos seus primeiros anos de trabalho e que combina estudos com 30 horas de prática clínica
Pirillo F, Caracciolo S, Siciliani G	2011	Itália	366 participantes envolvidos em ortodontia dentária	1/5 da amostra demonstra estar Exausta Emocionalmente 1/3 demonstra Despersonalização Apenas 2/3 revela alguma realização pessoal	Dentistas de “clínica geral” demonstram maiores níveis de burnout do que colegas apenas ortodontistas O estudo demonstrou elevados níveis de stress por parte dos participantes, principalmente devido a questões financeiras e de gestão do local de trabalho

Langade et al.	2016	India	482 Praticantes de diferentes áreas de medicina;	Elevados níveis de Burnout em toda a população estudada. 45,02% no aMBI e 65,98% no BCSQ-12	Usado um modelo abreviado do Maslach Burnout Inventory (MBI) e o questionário Burnout Clinical Subtype (BCSQ-12) Não é possível determinar ao certo as conclusões tiradas para com a área de medicina dentária em particular, pois o estudo não o especifica
Porto et al.	2014	Brasil	116 cirurgiões maxilofaciais	17,2% apresentaram diagnóstico de Burnout	Utilizou-se o MBI As variáveis sociodemográficas não apresentaram correlações estatisticamente significativas com o Síndrome de Burnout, apenas as comportamentais relacionadas com sexo no estado emocional exausto e no uso do álcool
Reyes-Torres et al.	2011	Espanha	284 indivíduos da área periodontal	Foram observadas correlações entre cansaço emocional, despersonalização e depressão	MBI e CET utilizados Apenas 59,85% dos questionários foram considerados válidos
Ríos-Santos et al.	2009	Brasil	284 indivíduos da área periodontal	40% demonstram elevados níveis de desgaste emocional, 20% despersonalização, 11,2% com baixos níveis de realização pessoal 16% com sintomas de depressão prevalente	MBI e o Questionário Estrutural Tetradimensional para a Depressão (TEC-DE) Apenas 59,85% dos questionários foram considerados válidos

Vasconcelos, E. Martino, M.	2019	Portugal	91 enfermeiros de cuidados intensivos	Prevalência do Síndrome de Burnout em 14,3% dos participantes	Utilizou-se o Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach – Questionário de Serviços Humanos (MBI-HSS) e um questionário sociodemográfico Só a variável “duração do tempo de férias” teve relação com o a prevalência do Síndrome
Valero-Chillerón, M. et al.	2019	Espanha	126 estudantes de enfermagem de 2º, 3º e 4º anos	Nenhum dos estudantes demonstrou níveis elevados de despersonalização ou baixos níveis de autorrealização	Utilizou-se o MBI Despersonalização tende a aumentar à medida que o ano académico avança; Incerteza e sentimento de impotência entre os mais descritos
Awajeh, A. et al.	2018	Arábia-Saudita	270 enfermeiros de uma cidade médica	Prevalencia do Síndrome de Burnout em 65,9% dos inquiridos	Utilizou-se o MBI 97% da amostra do sexo feminino; idade média de 30,9 anos;
Elshaer, N. et al.	2017	Egito	82 enfermeiros e técnicos de saúde	80% relata elevados níveis de desgaste	Utilizou-se o MBI e questionário de serviços humanos No entanto, 85,4% diz-se satisfeita com o emprego
Berjot, S. et al.	2017	França	664 psicólogos	22,9% com “alto risco de Burnout”	Versão franco-canadiana do MBI Amostra composta por 598 participantes do sexo feminino; Exaustão emocional com valores de 19,6%

Fuente-Solana, E. et al.	2016	Espanha	101 enfermeiros de oncologia	29,6% com prevalência de Síndrome de Burnout	Utilizado questionário NEO-FFI Realização pessoal demonstrada como tendo correlação negativa com fatores de personalidade (ver artigo)
Boo, Y. et al.	2018	Malásia	313 médicos a tratar doentes com dengue	15,9% demonstrou prevalência de Síndrome de Burnout	Utilizou-se o MBI e questionário DASS-21 Longas horas de trabalho, depressão, ansiedade e stress significativamente associados ao Síndrome de Burnout
Moukarzel, A. et al.	2018	França	379 profissionais de saúde em departamentos de urgências	Exaustão emocional com valores de 15,8% e despersonalização com 29,6%	Utilizou-se o MBI e questionários sobre qualidade de vida e do trabalho Demonstrou-se que os médicos de departamento de emergências apresentam quase mais 50% de prevalência do Síndrome de Burnout do que colegas em outros departamentos
Nowacka, A. et al.	2018	Polónia	560 enfermeiros em hospitais e unidades de cuidados primários	22,8% de Exaustão emocional e 27,63% considera-se realizado pessoalmente	Utilizou-se o MBI e questionários sociodemográficos Relação significativa com inquiridos com segundo emprego 95%; Baixa realização pessoal 64% menos provável em enfermeiros chefe

Prins, D. et al.	2018	Holanda	1231 residentes em Universidades de Medicina	15% apresentaram prevalência do Síndrome de Burnout	Residentes com elevados níveis de traço de personalidade “instabilidade emocional” diretamente ligados a uma maior prevalência do Síndrome de Burnout
Wilson, VJ. et al.	2015	África do Sul	411 estudantes de medicina dentária	Nível de Exaustão Emocional de 28,91% e 7,13% de Despersonalização	Utilizou-se o MBI Níveis de stress aumentam com o decorrer do ano académico e progressão académica, com pico no 4º ano
Campos, J. et al.	2013	Brasil	235 estudantes de medicina dentária	Quando se usa o MBI como padrão para a deteção de Burnout conclui-se que o CBI-SS é o melhor indicador da presença do Síndrome	Foi utilizado o Inventário de Oldenburg – versão abreviada (OLBI-SS) e o Inventário de Copenhagen – versão abreviada (CBI-SS) e o MBI-SS
Vidotti, V. et al	2018	Brasil	502 enfermeiros	Níveis de Burnout mais elevados em trabalhadores do turno diurno versus os de turno noturno	Utilizou-se o MBI e questionários sociodemográficos Grande maioria dos trabalhadores revelava ser sedentário, fator associado ao Síndrome de Burnout

Anexo 3

QUESTIONÁRIO JBEILI PARA IDENTIFICAÇÃO PRELIMINAR DA BURNOUT
 Elaborado e adaptado por Chafic Jbeili, inspirado no Maslach Burnout Inventory – MBI
 Obs.: este instrumento é de uso informativo apenas e não deve substituir o diagnóstico realizado por Médico ou Psicoterapeuta.

MARQUE "X" na coluna correspondente:
 1- Nunca | 2- Anualmente | 3- Mensalmente | 4- Semanalmente | 5- Diariamente

Nº	Características psicofísicas em relação ao trabalho	1	2	3	4	5
1	Sinto-me esgotado(a) emocionalmente em relação ao meu trabalho					
2	Sinto-me excessivamente exausto ao final da minha jornada de trabalho					
3	Levanto-me cansado(a) e sem disposição para realizar o meu trabalho					
4	Envolve-me com facilidade nos problemas dos outros					
5	Trato algumas pessoas como se fossem da minha família					
6	Tenho que desprender grande esforço para realizar minhas tarefas laborais					
7	Acredito que eu poderia fazer mais pelas pessoas assistidas por mim					
8	Sinto que meu salário é desproporcional às funções que executo					
9	Sinto que sou uma referência para as pessoas que lido diariamente					
10	Sinto-me com pouca vitalidade, desanimado(a)					
11	Não me sinto realizado(a) com o meu trabalho					
12	Não sinto mais tanto amor pelo meu trabalho como antes					
13	Não acredito mais naquilo que realizo profissionalmente					
14	Sinto-me sem forças para conseguir algum resultado significativo					

15	Sinto que estou no emprego apenas por causa do salário					
16	Tenho me sentido mais estressado(a) com as pessoas que atendo					
17	Sinto-me responsável pelos problemas das pessoas que atendo					
18	Sinto que as pessoas me culpam pelos seus problemas					
19	Penso que não importa o que eu faça, nada vai mudar no meu trabalho					
20	Sinto que não acredito mais na profissão que exerço					
Totais (multiplique o numero de X pelo valor da coluna)						
Score						
Resultados:						
De 0 a 20 pontos: Nenhum indício da Burnout.						
De 21 a 40 pontos: Possibilidade de desenvolver Burnout, procure trabalhar as recomendações de prevenção da Síndrome.						
De 41 a 60 pontos: Fase inicial da Burnout, procure ajuda profissional para debelar os sintomas e garantir, assim, a qualidade no seu desempenho profissional e a sua qualidade de vida.						
De 61 a 80 pontos: A Burnout começa a se instalar. Procure ajuda profissional para prevenir o agravamento dos sintomas.						
De 81 a 100 pontos: Você pode estar em uma fase considerável da Burnout, mas esse quadro é perfeitamente reversível. Procure o profissional competente de sua confiança e inicie o quanto antes o tratamento.						
ATENÇÃO: este instrumento é de uso informativo apenas e não deve substituir o diagnóstico realizado por médico ou psicoterapeuta de sua preferência e confiança.						

(Fonte: <http://laildeguez.blogspot.com>, 2011)